

中國博醫會藏版

羅卡兩氏外科學

第二卷

總發賣處

上海協和書局

A

MANUAL OF SURGERY

For Students and Practitioners

BY

ALBERT CARLESS, C.B.E., M.B., M.S., LOND., F.R.C.S.

TENTH AND ELEVENTH EDITIONS

THIRD CHINESE EDITION

BY

J. G. CORMACK, F.R.C.S., ED.

VOL. II.

PUBLICATION COMMITTEE
CHINA MEDICAL MISSIONARY ASSOCIATION
UNDER THE
HENRY S. WELLCOME CHINA PUBLICATION FUND
SHANGHAI

1926


LIBRARY

CONTENTS

目錄

	Chapter		Page
第二十四章 脊柱損傷	XXIV.	Injuries of the Spine ...	557
脊柱受傷之相伴脊髓病		Affections of the Cord Associated with Spinal Injuries	564
第二十五章 脊柱病	XXV.	Diseases of the Spine ...	571
脊柱裂		Spina Bifida	571
先天性骶瘤		Congenital Sacral Tumors	574
脊柱炎病		Inflammatory Affections of the Spine	775
第二十六章 顱頂蓋及頭顱之病	XXVI.	Affections of the Scalp and Cranium	590
顱頂蓋病		Affections of the Scalp ...	590
頭顱病		Affections of the Cranium	593
額竇病		Affections of the Frontal Sinuses	607
第二十七章 腦及腦膜之病	XXVII.	Affections of the Brain and its Membranes ...	610
腦及顱骨之局部學		Cranio-cerebral Topography	610
開顱術		Method of Opening the Cranium...	612
腰脊刺術與腦病之關係		Lumbar Puncture in Cerebral Lesions	615
頭顱受傷所致之腦病		General Condition of Brain after Head Injuries	616
顱內血管損傷		Intra-cranial Injuries of Vessels	629
顱內炎		Intra-cranial Inflammation	632
腦膿腫		Abscess of the Brain ...	637
腦腫瘤		Cerebral Tumors ...	642
癲癇之外科療法		Surgical Treatment of Epilepsy	647
大腦赫尼亞		Hernia Cerebri	649

		Chapter		Page
第二十八章	唇及頜部之患	XXVIII.	Affections of Lips and Jaws	651
	唇部之患		Affections of the Lips ...	651
	面及唇受槍彈創傷後之成形手術		Reparative Surgery of Lips and Face after Gunshot Injuries ...	659
	牙齒之病		Affections of the Teeth...	661
	取齒術		Extraction of Teeth ...	664
	齒齦及齒槽之病		Affections of Gums and Alveolar Processes ...	665
	上頜竇之病		Affections of the Antrum	667
	上頜骨腫瘤		Tumors of Maxilla ...	671
	下頜骨腫瘤		Tumors of Mandible ...	674
	下頜關節病		Diseases of Temporo-mandibular Articulation	676
第二十九章	鼻及咽之鼻部之病	XXIX.	Diseases of the Nose and Naso-pharynx	679
第三十章	口咽及食管之病	XXX.	Affections of the Mouth throat and Esophogus	694
	舌病		Affections of the Tongue	695
	涎腺病		Affections of Sali vary Glands	704
	腭病		Affections of the Palate	709
	腭扁桃病		Affections of the Tonsils	717
	咽病		Affections of the Pharynx	722
	食管病		Affections of the Esophagus	725
第三十一章	耳病	XXXI.	Affections of the Ear ...	732
	中耳病		Affections of the Middle Ear	734
第三十二章	頸部外科	XXXII.	Surgery of the Neck ...	742
	頸之囊腫		Cysts of Neck	743
	刎頸		Cut Throat	745
	甲狀腺病		Diseases of the Thyroid Body	747
第三十三章	呼吸道肺及胸之外科	XXXIII.	Surgery of the Air Passages, Lungs and Chest	757
	喉病		Diseases of the Larynx...	760
	呼吸道手術		Operation Upon the Air Passages...	764
	肋骨及胸骨病		Affections of the Ribs and Sternum...	771

		Chapter		Page
	肺及胸膜腔之外科病		Surgical Affections of the Lungs and Pleural Cavities	772
	心之創傷		Wounds of the Heart ...	782
	窒息		Asphyxia	784
第三十四章	乳房病	XXXIV.	Diseases of the Breast ...	787
	乳頭病		Affections of the Nipple	787
	乳房炎性病		Inflammatory Affections of the Breast	788
	乳房囊腫		Cysts of the Breast ...	793
	乳房瘤		Tumors of the Breast ...	794
	乳房癌		Cancer of the Breast ...	798
第三十五章	腹部外科	XXXV.	Abdominal Surgery ...	806
	腹部手術要綱		General Remarks on Abdominal Operations ...	805
	腹壁損傷		Injuries of the Abdominal Wall	814
	臍病		Affections of the Umbilicus	818
	腹膜病		Affections of the Peritoneum	819
	大網膜病		Affections of the Great Omentum	831
	腸系膜病		Affections of the Mesentery	832
	胃病		Affections of the Stomach	833
	胃之手術		Operations Upon the Stomach	850
	腸病		Affections of the Intestine	859
	腸手術		Operations of the Intestine	875
	闌尾炎		Appendicitis	882
	肝病		Affections of the Liver ...	899
	膽囊及諸膽管病		Affections of the Gall-bladder and Biliary Passages	907
	胰腺病		Affections of the Pancreas	917
	脾病		Affections of the Spleen	920
第三十六章	赫尼亞	XXXVI.	Hernia	923
	赫尼亞之特類		Special Forms of Hernia	927
	腹股溝赫尼亞		Inguinal Hernia	927

		CHAPTER		PAGE
	股赫尼亞		Femoral Hernia	939
	臍赫尼亞		Umbilical Hernia, etc. ...	943
	赫尼亞異常之情形		Abnormal Condition of Hernia	947
	絞窄性赫尼亞		Strangulated Hernia ...	949
第三十七章	腸梗阻	XXXVII.	Intestinal Obstruction ...	958
	急性腸梗阻		Acute Intestinal Obstruction	961
	慢性腸梗阻		Chronic Intestinal Obstruction	966
	腸套疊		Intussusception	968
	腸梗阻診察及診斷		Diagnosis and Method of Examination of a Case of Intestinal Obstruction	971
第三十八章	直腸及肛門之病	XXXVIII.	Affections of the Rectum and Anus	975
	直腸損傷		Injuries of Rectum ...	977
	直腸及直腸周圍化膿		Rectal and Peri-Rectal Suppuration	978
	肛門瘻		Fistula-in-ano	981
	肛門裂		Fissure	983
	痔		Hæmorrhoids	985
	脫肛		Rectal Prolapse	989
	直腸及肛門梅毒病		Syphilitic disease of Rectum and Anus	991
	直腸腫瘤		Tumours of Rectum ..	993
第三十九章	腎病	XXXIX.	Surgical Affections of the Kidney	1001
	腎官能之檢查		Examination of the Renal Function	1002
	腎及輸尿管染膿病		Pyogenic Infections of Kidney	1017
	腎石		Renal Calculus	1023
	腎腫瘤		Tumours of Kidney ...	1028
第四十章	膀胱及前列腺病	XL.	Bladder and Prostate ...	1032
	先天膀胱病		Congenital Affections of Bladder	1032
	膀胱損傷		Traumatic Affections of Bladder	1034

		Chapter		Page
	膀胱腫瘤		Tumours of Bladder ...	1042
	膀胱石		Stone in Bladder ...	1046
	膀胱官能病		Functional Derangement of Bladder	1053
	前列腺病		Affections of Prostate ...	1056
	前列腺肥大		Enlargement of Prostate	1058
第四十一章	尿道及陰莖病	XLI.	Affections of Urethra and Penis	1066
	尿道狹窄		Stricture of Urethra ...	1071
	陰莖病		Affections of Penis ...	1081
第四十二章	睾丸精索陰囊精囊等之病	XLII.	Affections of Testis, Cord, Scrotum and Seminal Vesicles...	1085
	睾丸及精索損傷		Injuries of Testis and Cord	1086
	睾丸炎及副睾炎		Inflamatory Affections of Testicle, etc.	1088
	陰囊水囊腫		Hydrocele	1095
	精索靜脈曲張		Varicocele...	1099
第四十三章	婦女生殖器之外科	XLIII.	Surgery of Female Genital Organs	1105
	子宮移位		Uterine Displacements, etc. ...	1107
	子宮之腫瘤		Uterine Tumors	1109
	輸卵管之病患		Affections of Fallopian Tubes	1116
	卵巢及闊靱帶囊腫		Cysts of Ovary and Broad Ligament	1121
第四十四章	截斷術	XLIV.	Amputations	1127
	殘肢端		Stumps	1130
	截斷術之普通技術		General Technique of an Amputation ...	1134
	上肢截斷術		Amputations of Upper Extremity	1137
	下肢截斷術		Amputations of Lower Extremity	1142
第四十五章	痳術	XLV.	Anaesthesia	1153
	局部痳法		Local Anaesthesia ...	1154
	部位痳法		Regional Anaesthesia ...	1155
	吸痳醉劑之全身痳法		General Anaesthesia by Inhalation	1157

PAGE

附 錄 APPENDIX

羅伯村氏輸血瓶	Robertson's Transfusion Flask	1176
魏氏生理學之傷口治療	Sir A. Wright Physiological Method of Treating Wounds	1178
蒂形植皮術	Pedical Grafting ...	1180
白喉病之細克氏反應	Schick Reaction in Diphtheria	1180
神經之創傷及斷神經之接連術	Wounds of Nerves and Union of Divided Nerves	1181
橈神經癱瘓之治療	Treatment of Paralysis of Radial Nerve ...	1186
矯形外科之原理	Principles of Orthopedics	1186
肘外翻及內翻	Cubitus valgus and varus	1189
足畸形之緒言	Deformities of feet, introductory remarks ...	1190
足跟痛	Painful Heels	1191
嬰兒癱瘓	Infantile Paralysis ...	1192
痙攣性癱瘓又名大腦病性兩側癱瘓	Spastic Paralysis (Cerebral Diplegia)	1195
髖關節平扁	Coxa Plana	1196
阿貝氏手術	Albee's Operation ...	1197
損傷性脊椎炎	Traumatic Spondylitis ...	1198
新消毒品	New Antiseptics ...	1199

第二十四章
脊柱損傷
INJURIES OF THE SPINE

脊髓幾有完全之保護.故受外傷甚難. (一) 脊髓居於諸椎體與諸椎板(脊扁)之間.其位置最爲適宜.無論脊椎何側受強屈強伸之力.其脊髓仍定固其中. (二) 每脊椎間有薄片纖維軟骨隔之.且脊柱勢彎可助分散重傷之力. (三) 脊管中有餘地.而脊髓及脊髓諸膜居於其中.且脊髓及其兩側所出之神經.均有鬆脊硬膜包之.並有脊硬膜分歧循神經附麗於椎骨而懸之.又有腦脊液圍之. (四) 成人之脊髓.至第一腰椎下緣而止.此處較高於能動脊椎與不能動骶椎之相接處.以免多受震扭. (五) 若由高處跌落而足着地.亦有天然保護之法以免脊髓受震.如足諸弓及其彈力.並下肢骨每關節畧變其方向.且膝關節間有薄半月板以隔之也.

夫脊柱之易受傷處.乃在能動椎與不能動椎相接之處.即胸椎接腰椎與頸椎接胸椎二處是也.且胸椎之上彎向後.不及他處之健.故其第四胸椎每易被折.至頸部上數椎亦易受傷.因與頭相近也.

脊柱捩傷 Sprains 脊柱捩傷乃爲常事.如明其肌與韌帶精密之排法.則不以爲奇矣.受此傷者每因跌落而致.其跌落者多因乘馬或在火車遇意外之險等.此類傷約累及脊柱能動之段.如頸與腰二處是也.該處或傷其肌.或傷其韌帶.抑或肌與韌帶俱傷.

徵狀 其狀如局部受傷者然.傷處痛,觸痛或略腫並挫傷而痛.動之其痛愈甚.故每自挺其脊柱.若僅累及肌與諸棘間韌帶.或無後發患.但撕破黃韌帶及裂開脊管者.必致成爲截癱(又名下身麻痺) paraplegia 矣.此因血滲入脊硬膜外以壓其脊髓也. 夫截癱之久暫不一.因傷而發炎者其炎能侵入脊髓諸膜及脊髓.致成脊髓機質病. 其具結核性者則受傷後或顯脊

椎骨瘍.曾見受傷後繼發梅毒及生惡性腫瘤者. 若頭受重擊而頸部被振.能令橫突間靱帶破裂.致其骨離位甚重.儼如關節脫位然.且致頸強硬.間或失力.致病者仰臥於枕而頭不能自起.

在腰部被振乃爲常事.此因俯提過重之物致傷腰方肌也.其乘火車受損而致截癱者亦屬此類.其背強硬.轉身俯屈均覺疼痛.有時或致血尿.乃因其腎受挫傷也.

治法 宜安息於牀.以熱濕布敷傷區.迨痛與炎俱散.則用激性擦劑及揉捏法.傷重者須臥於牀六或八星期.至於損在頸部.或須以機械扶之.若脊髓膜發炎.尤宜小心使伏臥於牀.以冰囊敷其脊. 因出血或炎質滲出而起截癱者.則須審其可否用椎板截除術 laminectomy.

脊柱穿傷 Penetrating Wounds. 穿傷者多被軍器所致.世無戰事則罕有之.亦有因傾跌而致者.如被鐵欄或樹枝等所刺是也.

徵狀 (一) 穿傷軟組織或累及腹膜腔與胸膜腔.又或有至內臟者.其在頸部者.則或穿傷椎動脈致多出血. (二) 數種骨折.或碎骨壓脊髓.或血滲出而壓脊髓. (三) 脊髓膜裂開.而腦脊液流出.或致腦諸室流空而殞命.或繼發腦膜炎而殞命. (四) 脊髓穿傷.其脊髓全斷者任在脊柱何處.今姑不論.詳諸下文. 當穿傷時其脊髓完全斷或不全斷或全未傷.而其神經根或幹均不免受牽累.若骶腰部受刺.或可斷其脊髓之馬尾(脊腦尾)也.

治法 宜用迷蒙藥留心探察傷處.去其外物及碎骨.並潔之以免染菌.如椎動脈或他組織有傷俱須理之.其脊髓與脊髓膜尤當注意也.若脊硬膜已裂脊髓未受傷.則宜縫妥.後使病者垂頭伏臥.以免腦脊液流出.若脊髓已刺斷或扯破.即連合之亦

無濟.因其作用已失.不能導其腦與奮從顱而下也.惟馬尾被傷者.則割開脊管使神經幹露出而連合之可也.

脊柱折 原因分爲二類;(一)直接暴力 Direct violence. 如人仰跌時背碰於長凳或欄杆之類.又或以大石大木擊其背.或受鎗彈傷.凡此類傷脊柱各處皆能遇之.除受鎗彈傷外.其由間接傷致者較多於直接傷.至擊某處而某處卽折者在脊椎後份最易.(二)間接暴力 Indirect violence 多折在頸下部或胸上部.每因脊柱被強屈而致.如人從高處倒跌屈其頭.或投淺水觸其頭.或由橋下經過被橋梁所碰等.亦有被重物墜擊頸後而折者. 夫脊柱折常見於最弱之處而橫斷之.然有全斷不全斷之別.或僅累及一二脊椎爲粉碎折.此類每限於椎體.其橫斷者約累及脊髓也.

脊柱折分爲二類.卽全折與不全折也.全折者則脊柱橫斷.不全折者則脊柱不斷.

(甲)不全折 Incomplete Fractures. 此分數種.多因直接暴力而致.

(一)脊椎棘突(脊後峯)折 Spinous processes 多在頸椎與胸椎之交界.因該處之棘突最長.不似上頸椎棘突之短而薄.腰椎棘突之厚而健也.凡因受直接暴力而折者.該處必顯受傷之狀.脊柱並有異常之動.亦有擦音.且折處棘突之行線不齊.碎骨有時壓向內或入於脊管致成截癱.

(二)椎骨板折 Laminæ 雖非常事.然非甚罕見.必因受直接暴力使然.若折一板無甚顯狀.而脊髓亦少有症狀.惟折左右二板.則椎骨弓後份並棘突皆陷入.致脊髓被壓而成截癱.時有擦音.如捫其棘突則有凹陷處.

(三)椎骨橫突折 Transverse processes. 除脊柱他部分受傷所累外.罕見有該等突獨折者.

（四）椎骨體不全折 Bodies. 其折只如一裂罅.除痛與脊柱強硬外.別無他狀.故診查時不易確定其折否.

然椎體雖折尙未離位.亦有因脊髓受震當時卽顯截癱者.或過片時因有血流入或炎液滲出壓其脊髓始顯截癱.

治法 約臥牀數日或可痊癒.至對於截癱可否用椎板截除術詳於下文.

第二百七十七圖

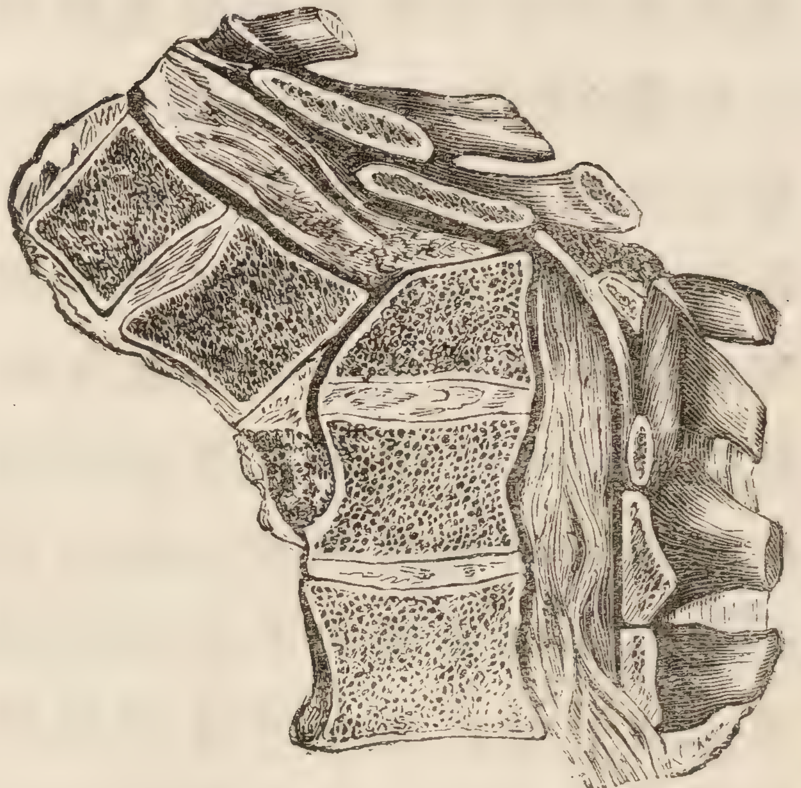


Fig. 277.—COMPLETE FRACTURE-DISLOCATION OF THE SPINE IN THE LOWER DORSAL REGION WITH DISPLACEMENT AND COMPRESSION OF THE CORD

胸下部之脊柱全折而脫位致脊髓離位而被壓

（乙）全折 Complete Fractures. 凡脊柱全折者則椎骨離位.且脊柱亦失其連續.此亦謂之骨折脫位 Fracture-dislocation. 此患約因受直接暴力抑或因間接暴力而致.常見於頸胸二部之交點.其傷常重.(第二百七十七圖).棘突與板或折否不定.棘間靱帶及棘上靱帶並黃靱帶俱被扯破.腰椎與胸椎相接之關節突(脊筍)亦折.頸椎關節突雖不折亦必離位.椎骨間物扯破.或椎體亦斷.如此則令其脊柱分爲二截.由是其能動之上截則移向前.而蓋於不能動之下截矣. 有時爲嵌入(相插)骨折.或爲粉碎骨折.此時脊髓被壓於下截之上端與上截之椎板之間.仰臥時雖使上截能復位.然脊髓已受壓傷則無法治之矣. 至折之輕者.則有少許碎骨嵌入脊髓膜.或在脊髓之內有外出血. 其受間接暴力過甚者.同時或致胸骨亦折.

徵狀 脊柱全折者平常易於診斷.該折處痛,腫,並挫傷.且有輕重不一之角式畸形.骨折未嵌入者.捫之或有擦音.然查時

切愼動之.以免脊髓受傷.其患處之下每致截癱.病者且顯休克（腦力猝衰）之狀.若損及脊髓.不久則起脊髓炎狀.倘炎速起命難久存.蓋致死之故.乃因膿菌性膀胱炎,或臀處潰爛,令血中毒也. 其截癱之特狀詳於本章後本病頁.本篇畧論之如下.脊髓之頸胸段若受重傷.則與人之生命有關.因除膈肌外其呼吸諸肌盡癱.以致患血墜積性肺炎也. 如全折在第四頸椎處或微上.膈神經亦被癱.或致即時殞命.總之凡脊柱受折脫傷者.死數約居百分之七十.

結局 視脊髓受損之輕重及位置而異.但傷愈高而愈危.然亦有在頸部雖因傷而成截癱仍活至數年者.或畧見痊.惟脊髓已壞則生命不能久延.

治法 依傷之輕重而施療術.置病者於牀時切須謹愼移動.否則可令脊髓傷加重.所臥之牀褥宜固定.然勿太硬.最佳用馬毛製成褥以折骨板墊之.其牀褥之能低陷如鐵絲製者切不宜用.繼而可用水褥代之. 因傷而有休克者宜用常法援之.若須與奮心藥類亦可與服. 惟切記其失感覺之皮最易起皰.故用熱水瓶時須以絨布隔之.迨病者稍痊當詳查其損傷何如而規定以何法治之.

（一）凡脊柱折鮮有施椎板截除術者.至於應否截除之指徵.下文再詳.

（二）若折骨嵌入而脊椎不克復位者.施迷蒙藥或可使之復位.惟傷在頸部,及截癱完全,或內臟亦受傷害者,不宜治之.因治之亦無望也.用復位術宜輕手施之免加其損.如在腰部可畧用力.因此處之危不如是之甚也.旣以此術試之.不論復位否繼有治法詳下.外科士用手術未使畸形復原者.或可在頸處或足處試以牽伸法.

（三）病者既平臥於床.其離位之骨常可復回原位.脊椎碎折者尤易.且不論其自行復回.或用手術復回.而截癱緩瘀者均須依症狀療治.尤要者卽病者臥床身體宜平.頭宜畧低.且可扶以機械.如石膏或皮背裌等.但初傷時施此助法無大益. 至於飲食宜按時給之.更宜食易消化之品.

看護此類病者宜留意於病者之皮及其大小便.因受重壓之處易生褥瘡 bedsores. 故其臀與踵尤須加意.用法免其常受壓也. 料理臀部時勿祗轉動其骨盆.須轉側全身.若用兩截牀褥更便.亦可免轉側全身.且用便盆時又免動其脊柱. 若膀胱癱瘓須用橡皮管放其尿.於病人最有險者爲膀胱受染發炎.逐漸上延至腎.此炎患每從外入.故須謹愼設法抗阻之. 先將陰莖洗淨.用抗毒液多灌洗其尿道.次用導尿管放尿.不放時用無菌布包其陰莖.所用之導尿管宜用橡皮製者.用時宜先煮之.抹以無菌油俾其滑潤方可. 如膀胱受染.宜以稀釋抗毒液每日洗二次.抗毒液卽過錳酸鉀液,硼酸液,或硼甘油一分開水二十分.再用循羅妥品 urotropin, 或撒羅 salol, 或硼酸,日服三次,每服十厘.依上各法治之.如仍不能阻其炎上延至腎.則難救矣. 患此者每見大便秘結.須服瀉藥.或用灌腸法. 如此治之間有痊瘉者.但常因血中毒或精力耗竭而死.亦有雖癱仍能久存於世者.因腰脊髓未甚被累.故膀胱畧獲反應性小便之能.其下肢或能稍復其官能.

脊柱脫位 Dislocation of the Spine 凡脊椎脫位而不折者.只見於頸部.因胸腰二部之關節突.方向直豎穩而不動也.頸部則不然.其關節面上下相向而略斜故易於脫.胸椎與腰椎之關節突直豎故不能脫.若脫則關節突及椎板亦必折矣.

任頸部之何椎骨皆能脫位.若枕（顋）骨全離寰椎（卯骨）必致忽然殞命.若枕骨不全離寰椎則可仍活片時或延數日.寰

椎脫離樞椎(榫骨)者約因懸頸自縊.或因重擊其頸.或因兩手掇起小兒之頭所致.其致死之故.蓋因樞椎齒突被折.且將寰椎橫靱帶扯破.致寰椎及頭俱倒向前而脊髓受壓也.亦有因扭顧太甚致側脫者.然其脊髓之症狀較輕.

凡下頸椎脫位者.多見在第五與第六之間.約係一側偏脫.幾盡因偶然強屈其頭而兼扭其頸所致.是以其頭及脊柱上段.移前而扭轉.上關節突脫於下關節突之前.以致鈎鎖而不能復回也.

一側脫位 Unilateral dislocation. 頭旋向對側不能復回.耳亦畧向上.但脊髓無受壓之狀.惟神經疼痛.因神經幹被壓扯於椎間切迹.棘突亦偏向一側不如尋常之齊也.但此等形狀頸肉肥厚者不易捫出. 若忽畧之而不使之復位.則必成畸形.或且終身有神經痛.故宜於初期時治之或可復位. 其法先施迷蒙藥.以法俾身體固定.隨將頭與頸牽向對側以開其關節突之鈎鎖.斯時或可聞其復位之聲. 若脫患已久.或試施手術截除其神經被壓之物.則神經之痛或能稍減.但未能使骨復位耳.

兩側脫位 Bilateral dislocation. 此患靱帶必甚受累.上段亦移向前.脊髓必受重壓.亦或截癱.如未全脫.則脊髓被壓之狀或暫時不顯.因該處之脊管略大也.久之管中或出血發炎致顯危狀.

治法. 兩側全脫者脊髓旣已壓壞.雖行治療大約無益.惟截癱不全而損未久者.治之庶或有濟.可用復位術.謹慎牽伸其頭.俯屈其頸.試其可否復位.否則宜用椎板截除術矣.此術即將傷處之肌全行割開.必見下椎骨之上關節軟骨面凸過上椎骨板之後.於是照上法牽伸其頭試其能否復位.如仍不能則須截除上關節突之緣以開其鈎鎖.但以少截爲妙.苟全截之雖易復位.厥後復脫亦易.如此其脊柱不能堅定如初矣.

脊柱受傷之相伴脊髓病

AFFECTIONS OF THE CORD ASSOCIATED WITH SPINAL INJURIES

脊柱受傷顯伴發病者常事也.其病有關於脊髓及脊髓膜.雖當時脊柱之損害似輕.然厥後因伴發病而病至沉重.其病分五類.然不易鑑別其狀各屬何類.（一）脊髓受震.（二）脊髓出血.（三）脊髓膜炎.（四）脊髓炎.（五）脊髓性神經衰弱.

（一）脊髓直接受震 Direct Concussion. 此病由猛擊背而致.然其患雖重而脊柱無甚傷.骨亦不離位.昔日常以所顯之狀.爲脊髓組織受震所致.故命是名.然近今均以之爲脊髓有微細之出血點而致也. 症狀.脊髓受擊處之下作用全失.且顯休克.暫失反應之能. 若擊頸部或可立死.或四肢均虧力並失感覺. 至擊胸腰二部,則令膀胱肛門等括鈎肌失力.而不能禁大小便. 體温低於常.四肢色白而冷.脈速而弱.呼吸亦淺. 豫後.常佳.約可痊癒.後日成機質病 organic disease. 者甚爲罕見. 治法.最要者安逸勿動,令其伏臥.因能免血墜積並脊髓受壓且易敷藥也. 以冰囊敷之.或用乾盃術.其身切勿移動.飲食以易消化者飼之.且宜有節制.又當理其膀胱與腸.有局部損傷者亦宜療治.

（二）脊髓出血 Spinal Hemorrhage. 此患不盡因外傷而起.亦有無故而起者.在十至二十歲之人較多於老人.與腦出血者相反.脊髓出血.分脊髓內及脊髓外二類.

（甲）脊髓內出血 Intramedullary hemorrhage (Hematomyelia). 多在頸下部.此由急屈損傷所致.血滲入脊髓非闊祇一血塊耳.大不過杏仁.然常有數點擾脊髓之灰白質.有時或將灰白質裂開.白質被壓而血或噴入蜘蛛膜下腔. 如此者若不即亡.則其脊髓顯繼發性變.忽顯完全或不全截癱.背或覺痛.或射至胸前.繼則體温速升.上肢軟癱.蓋因脊髓之司肌中樞被滅.下肢亦癱.係因脊髓降束(徑)累及之也. 此等患亦或畧癒.多顯於下肢.惟脊髓之灰白質已壞.則所司之上肢其癱瘓經久不癒矣. 若傷輕祇累脊髓灰白者則祇顯上肢癱狀. 診斷.截癱狀速顯.但無脊髓激惹狀.然越數日則體温可以畧升.如頸部受累.則瞳孔極小.此因其睫狀體脊髓中樞（睛簾司所）已壞也.亦顯尿豬溜.大便秘結.陰莖異常勃起等狀. 豫後.關其血塊之大小及在何處.血塊大者較小者爲害劇.在脊髓頸部出血或立必至死.係因有阻於呼吸也.傷在腰部亦不佳.因其有累於司膀胱肛門之括約肌之中樞也.然傷在胸部者.雖脊髓出血.仍可冀其速癒. 治法.與髓脊受震同.

（乙）脊髓外出血 Extramedullary hemorrhage (Hematorachis). 脊受傷如捩或骨畧折者.其血出脊髓外.較多於出脊腦內.血在骨與脊硬膜之

間(在頸部受傷者尤易如此).亦有流入脊硬膜內者.所顯之狀.蓋卽脊髓受刺戟之狀也.如疼痛,皮覺過敏及肌痙攣等. 不久傷處所司之肌失力.或身顯截癱.由下漸上以致於死.致死之故乃由窒息.雖如此而體溫不升高. 以上諸狀與脊髓受刺戟者無異.然血出在脊髓內者.其癱狀較脊髓受刺戟狀更顯. 如能診斷之.以冰囊置於脊.甚或用椎板截除術以減輕壓狀.繼使長期安臥於牀.並服消散血塊藥類如碘溶素 iodolysin. 見第九章瘢痕篇.

(三)脊髓膜炎 此炎或起於顱而下延至脊髓.或僅起於脊髓一處. 凡受傷後所起之炎有二:

(甲)急性脊髓膜炎 Acute Spinal Meningitis. 其炎關於脊蜘蛛膜(脊腦潤衣)及脊軟膜(血管衣)者.名曰軟脊膜炎 Leptomeningitis. 其炎常蔓延.能升至腦膜.有時受傷雖輕亦能起此炎.然無論其由何而起.均因受染所致. 病理解剖. 脊髓膜充血而失光澤.所滲出之質甚多.後則積淋巴或膿.最多乃在脊髓後面.卽或其人不死.所滲出之淋巴亦漸致其膜粘着. 症狀.當其起炎時多有寒戰.在病期內始終體溫升高. 背深處痛如錐鑽.動之痛愈甚.有時延至二下肢.或延繞軀幹致脊柱強硬.四肢且兼有痛性痙攣.皮之感覺亦過敏.二下肢尤然.其反應力過大.容貌速瘦.病者因有多痛每致不能安眠. 若其炎祇在脊柱.大抵遂有脊髓炎症狀發現.卽截癱與褥瘡及膀胱患.或致於死.如不至死則漸成慢性病.或能稍癒.如此者甚罕見之.倘其炎累及腦膜.卽顯瀰漫性腦膜炎之症狀.以致昏迷而死. 治法.如其炎爲單純無併發病者.令其伏臥.敷冰囊於背.用平常止炎法.宜理大小便.如欲其能睡.可服溴化物及氯醛(哥拉).有時用刺脊術或能有效.

(乙)慢性脊髓膜炎 Chronic Spinal Meningitis. 此炎約祇在一處.可累及蜘蛛膜並軟膜.或僅限於硬膜.有起初卽爲慢性者.亦有由急性轉成慢性者.有梅毒者尤易患此.膜充血而變厚.與脊髓粘貼.每有慢性硬化性脊髓炎同時發起. 症狀.其背之某處疼痛.脊柱強硬.若稍動之痛愈甚.且時有閃痛.皮覺過敏.肌亦痛而痙攣.反應過敏.膀胱亦或有併發病. 治法.須久臥於牀.用反感刺戟之藥起皰.或以烙器烙其背.並宜服汞及碘劑.

(四)脊髓炎 Spinal Myelitis. 夫脊髓何以發炎.因脊髓被骨離位所壓與傷處出血而致.又或因傷後脊髓膜發炎延至脊髓.或被淋巴,或膿,或骨痂,或肉芽組織,瘢組織等所壓而致.此等炎有急性慢性之分. 急性者脊髓漸變紅而軟.然幸或不死.而脊髓主質必漸壞.所壞之處成爲瘢組織.慢性者其結締織變厚.主質被壓而裂解.脊髓膜變厚而粘連. 症狀.急性者背痛.凡炎處所司之神經亦痛.若受傷時未顯癱狀.不久卽顯截癱.有時癱狀未顯之先畧有刺戟之狀. 慢性者症狀甚多.最顯者乃運動神經漸弱.久之成癱.後失感覺.膀胱與直腸亦必受累. 此二病之治法.當視其所起之症狀何如耳.

(五)脊髓性或損傷性神經衰弱 Spinal or Traumatic Neurasthenia. 又名鐵路脊柱 Railway Spine. 蓋有人突遇意外之事.雖其脊柱或脊髓未受直接之傷.且當時該處亦未顯有何要狀 後則始知其神經系已甚被擾亂. 其致此之故最多者乃在火車遇意外之事.然亦有因他故脊髓受震而致.或身體他處受傷累及者. 其特別之狀係由大腦而起.不在脊髓也.何以謂最多者在火車.因火車常有衝撞之事.不但坐車者之肌與韌帶未曾預防.卽其靈心之受驚及駭懼亦足以致此.此類傷所顯於局部之狀.係韌帶與肌受捩也.

症狀. 最多者因脊髓與大腦之中樞甚弱而易被激.故易顯神經衰弱 Neurasthenia 之狀.如火車遇意外之事.其人左右傾翻過於搖動.斯時雖暑昏迷.然尙自能出車脫險.或並能扶助遇險之同人.且亦能接續旅行直抵其家.料理庶事.越數小時則覺頭痛.背痛.不能用腦力.於是臥牀延醫診視.醫者命其安臥勿起.或以溴化物服之.後其人曰脊有數處覺痛.在腰部捫之卽痛.自不能行.不欲用腦力.又畏見光.懼怕聞聲.有時神經疼痛.脈弱.或尿漇溜.又或遺尿.慾念不生.體溫或低於常.目之調視機能軟弱.則漸變成老視眼矣. 倘醫士律師與病者酌商損傷賠償何如.或以他事激其精神勞其用力.則令其症狀愈增.惟聞鐵路已賠傷欵.其患漸覺畧痊.如此非僞作症狀以騙鐵路賠欵.乃因此時其心無所罣慮也. 亦有遇事後卽起神經衰弱自不能支而臥於牀者.此係急性之患. 惟如前之慢性者較多.且多兼顯希司忒利阿病之狀.此狀發於急性或慢性.慢性者病者每自甚其詞以述其疼痛之狀.但誘其觀念他物.試該處果否疼痛.則又並不覺痛.

豫後. 大約尙佳.終能痊癒.惟不痊癒者亦有之.或變成慢性脊髓炎.

治法. 此病之治法.須酌定至何時起牀.以免成爲慢性病.初宜令病者安臥.勿過服溴化物.痛處以熱布敷之.後以擦藥類擦而揉揑之.若預料其傷處不繼發炎.不妨命其起牀行動.或宜他處之水土則就居之.並服番木鼈素與鐵劑.

截癱(下身痳痺) Paraplegia. 前論脊柱及脊髓之傷.已屢提及截癱矣.故於此復詳論之.

原因 (一)有因受直接之傷而骨離位或出血所致者.(二)有因受傷後數日其血積於脊髓膜外所致者(或係傷處之血或係墜積之血).但身體平常無發熱之狀. (三)有因被滲出之炎液(卽膿或淋巴等)所壓而致者.此類發現稍遲.且先身熱.並顯受刺戟之狀. (四)亦有發現更遲者.卽被骨痂所壓,或被粘着性之瘢痕累及脊髓或脊髓膜是也.

症狀 卽脊髓之一段全壞.任其由損傷或發炎而致.症狀與脊髓盡被橫傷之狀同.詳論於下.

(一) 其壞段神經所司之肌盡顯弛緩性癱瘓.隨卽萎縮.並有肌變性反應.而反射之能亦失. (二) 不獨壞段如此.卽以下諸段神經所司之肌亦癱.雖肌之榮養暫時無變.迨後則脊髓前索及側索皆漸顯下行變性.肌卽因之縮緊而強硬.深反射全失.淺反射亦暫沒而終現.若脊髓前側二索有一部分未壞.則其深反射與淺反射仍存.或暫失而終必復現.且有時過敏. (三) 壞段神經所司之皮處盡失其感覺及肌覺 muscular sense. 温度覺 thermal sense 亦失.卽以下諸處亦然. (四) 在失感覺處之上有一帶寬窄之皮反見感覺過敏 hyperesthesia. 此因該傷處之神經根被刺戟之故. (五) 癱處之司血管之神經癱.司榮養之作用亦亂. (六) 內臟亦被累及.而最受累者膀胱與直腸.膀胱之症狀可分二期: 第一期現尿瀦溜.因其節制小便之能力被擾也.膀胱充尿而漲大.倘不用放尿管放之.恐成小便失禁之患. 第二期膀胱壁復得緊張力.則現有定時之反射性小便.卽所謂自動膀胱 automatic bladder 者也. 甚易致膀胱發炎.繼成腎盂炎.甚至終成尿毒病.蓋因導尿時染菌故也. 直腸之症狀.常爲大便失禁並大便秘結.須謹愼料理.因其實爲褥瘡之預向也.

脊髓各水平面之截癱狀 Phenomena of Paraplegia at Different Levels.

(甲) 平骶上端橫斷 At the Upper End of Sacrum. 此等患罕有.有之則累及馬尾(骶神經根) 使骶叢(羅) 癱瘓.其所顯之狀有三: (一) 下肢諸肌.除股神經,閉孔神經,臀上神經等所司之外皆癱瘓.卽其會陰及陰莖諸肌亦癱瘓. (二) 陰莖,陰囊,會陰,臀之下半及腿,均失感覺.惟股神經所司之大腿前外側部及

隱神經所司之腿內側部感覺仍存. (三) 因膀胱及直腸與脊髓中樞隔斷.其症狀與前述截癱之症狀之第六條同.

(乙) 平胸腰相交處橫斷 Dorsi-lumbar. 若傷在第十二胸椎與第一腰椎相交之處.或經過脊髓腰膨大.其下肢必全癱.而且自軀幹入下肢之肌亦癱.下肢與臀及會陰等處均失感覺.腹或亦然.

(丙) 平胸中部橫斷 Mid-dorsal. 癱瘓之顯狀同上.惟失感覺之處稍寬.其上界有帶形感覺過敏而痛之區.恍似甚緊之束帶.腹諸扁肌亦癱.且有尿滲溜之患.腹諸扁肌既不能助其咳與大便故愈增疾苦.由是積糞之氣上升致腹氣脹.以致呼吸受阻.又因其腹諸扁肌既癱無扶穩下肋之力.致膈肌縮時將下肋牽向胸內.所以胸廓不展闊而窄小.

(丁) 平頸胸相交處橫斷 Cervico-dorsal. 其狀與上相似.惟失感覺處較闊.幾至全軀盡失.且皮覺過敏累及兩臂.並肋間外肌,肋間內肌,脊柱諸肌俱癱.其握拳之能亦弱.呼吸甚難.因膈肌之縮力軟弱.必藉頸部之數輔呼吸肌以代其作用也.若枝氣管發炎.越數日其人必死.因不能咳痰也.惟陰莖異常勃起.乃頸截癱多見之狀.又因睫狀體脊髓中樞受累致瞳孔縮小.

(戊) 平頸下部橫斷 Lower cervical. 在二上肢癱瘓且麻木.越三十六至四十八小時或不足此時間體溫過高.以致於死.若損害高於第四頸椎其人立死.因膈神經癱而絕其呼吸也.若在頸部第五節受累則二臂必癱而垂於軀幹之旁.若傷在頸部第六節則二臂必外展.肘關節亦屈.手旋後而指略屈.若傷在頸部第七節手則半屈.肘則甚屈.前臂旋前而覆於胸.

截癱而死者 其故不一.而其時亦不同.有呼吸衰竭而立時卽死者.乃傷在第四頸椎之上也. 有傷在胸與頸相接處

而死者.乃因呼吸道有積痰或膿也. 有至數星期或數月始死者.乃因臀之死組織腐崩或膀胱發炎或潰瘍致血中毒.並有膿性腎炎同時而發.

豫後與治療 視其傷在何處,並其輕重,與其人素習如何,及身體之強弱.

脊髓半橫斷 Hemisection of Cord. 在頸部下祇累及脊髓一半之損害.於軍界非為罕見. 其症狀名孛郎碎卡耳氏併合症狀 Brown-Séquard syndrome 即 (甲)本側之下肢被癱.顯仰趾性蹠反射.諸腱反射過敏.位置覺並震顫覺均失. (乙)對側不顯何癱狀.然失觸覺,温度覺,痛覺等.

椎板截除術 Laminectomy. 此術即將一或數椎骨板及棘突截除以減其脊髓被壓.如陷骨,膿腫肉芽組織,多餘之骨痂,瘢痕,腫瘤等. 截時從背中處直割一口.割至椎棘突.即將肌與纖維織分開深至橫突處.如此每多出血.宜以蘸熱水之布壓血管.勝於以線一一縛之也.於是查其椎弓有傷否.如有則用剪鑷,或椎板剪,或海氏鋸 Heys' saw 除去之.則見脊髓膜後面.醫者照其所見之情勢而治之.茲所言之手術乃為脊髓受傷所用者.若為他故用之.則詳於下文第二十五章.

醫士宜切記者.若脊髓已全斷.或一節全壞.則終不能瘉.故若確知脊髓橫斷則無庸施手術. 若傷後淺反射全失.此似證其為脊髓橫斷.然亦有不盡然者. 若運動感覺全癱.深反射亦久不見.雖淺反射仍存割之亦無益. 凡深反射仍存者乃表明其脊髓雖傷非橫斷也.如不妨割治.因可望其獲效也.

初起時不能確定其癱狀是由脊髓受震,或出血,或骨壓而致.所幸此等病能久待割治而無妨碍.因嘗有此等病受傷數月後始行割治者.亦能痊瘉.故醫士若未確知其可割而久待之.亦

無甚妨碍也.然有病者醫士未能確定其受手術必獲效益.故施手術與否須在醫士個人之喜好及病者之強弱也.

除此未能確定其可施手術者外.將可施者詳論於下:
(一)在第一腰椎之下受穿傷,或骨折,及骨離位者可施.因此處無脊髓祗有馬尾.故治之有如治他處之神經耳. (二)獨傷椎弓而弓陷入者. (三)在頸部受傷而頸椎兩旁離位如未瀕死亦可施手術療治. (四)傷後隔許時始顯癱狀.無論發炎否.若係血或炎液所壓而癱.施手術或有裨益.至屬脊髓完全橫斷而炎則不可施矣. (五)如經數日已成瘢痕.縮緊而環壓脊髓或脊髓膜.或因骨痂過多顯有脊髓被激刺與癱瘓之症狀者.若用椎板截除術.可有就痊之望.

第二十五章

脊柱病

DISEASES OF THE SPINE

脊柱裂 SPINA BIFIDA

此病卽嬰兒脊柱後部分有一處舒長不全也.或兼及脊髓與脊髓膜亦如是耳. 須知脊髓乃由外胚葉(胚原膜外層)所生.原神經溝(胚腦槽)邊舒長漸捲合而成脊髓中央管.管內有上皮作裏. 其所蓋脊髓之皮漸離脊髓.因中胚葉舒長於其間而成脊椎及脊諸肌與諸韌帶. 各脊椎成骨時乃由三大骨種而成.其一成椎體.其二成椎弓之左右兩板.又有數骺成椎體上下之二骨片及横突與棘突等. 夫脊柱裂有四要類如下:

(一)脊髓膨出 Myelocele. 此患乃由原神經溝未曾長合而致.其狀係在腰骶相接處露有平面鮮組織.卽脊髓之膨出而鋪於外者也.其上端通於脊髓中央管.如此之嬰必死.縱初生時未死.越一二日亦必死.

第二百七十八圖

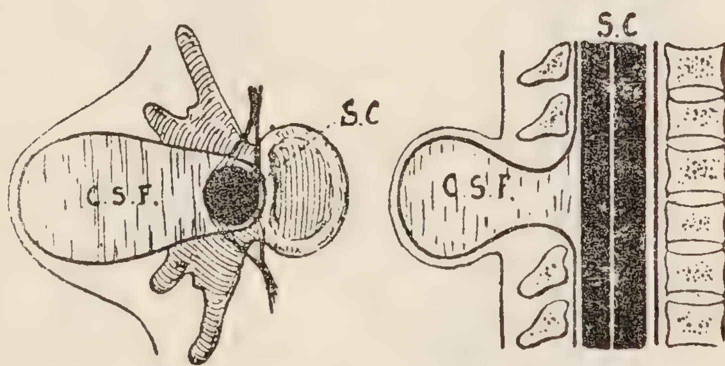


Fig. 278.—HORIZONTAL AND VERTICAL SECTIONS OF A SPINAL MENINGOCELE
S. C., Spinal cord with nerves passing through intervertebral foramina; C. S. F., sac filled with cerebro-spinal fluid.

脊髓膜膨出之横切及垂直切面
S. C. 脊髓及神經通過椎間孔
C. S. F. 滿盛腦脊液之囊

(二)脊髓膜膨出 Meningocele. (第二百七十八圖). 此患有含腦脊液之脊髓膜凸出於脊柱後分之

裂處.惟脊髓與神經仍在原位.此種非常見之患也.

(三)脊髓脊髓膜膨出 Meningo-myelocele.(第二百七十九圖).此患乃因有液生於脊髓膜內,致膜成囊與皮粘貼.脊髓或馬尾經過此囊之後面垂下如帶.並有神經貫過囊中而穿出椎間孔.

第二百七十九圖

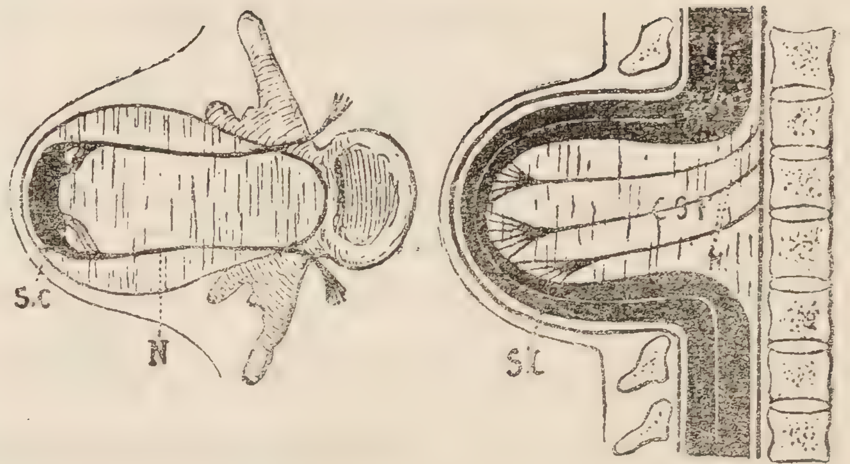


Fig. 279.—DIAGRAM OF MENINGO-MYELOCELE S. C., Spinal cord (black): C. S. F., sac filled with cerebro-spinal fluid ; N., nerves crossing the sac.

脊髓脊髓膜膨出之橫切及垂直切面 S.C. 脊髓(黑色) C.S.F. 滿盛腦脊液之囊 N 橫過該囊之神經

(四)脊髓中央管膨出 Syringomyelocele (第二百八十圖).此患由脊髓中央管擴張.管後壁仍與皮粘貼.因中胚葉舒長不全故也.脊髓神經環繞膨部之壁而入椎間孔.此種患多顯營養作用受累之症狀.

第二百八十圖

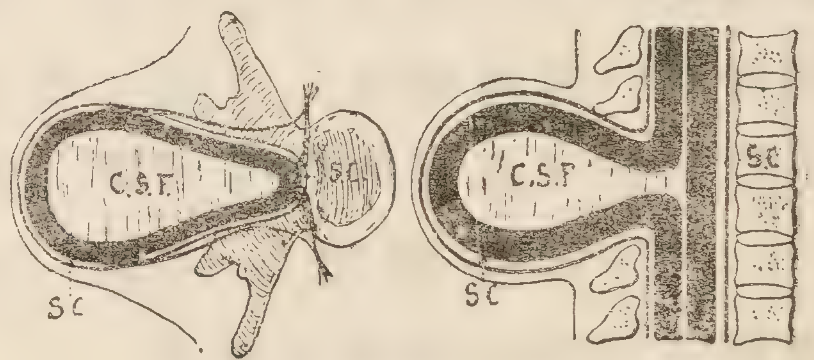


Fig. 280.—DIAGRAM OF SYRINGO-MYELOCELE S. C. Spinal cord with central canal dilated (C.S.F.) to form the sac ; the cord has purposely been represented thick ; it should really be thin, stretched and atrophic. The nerves are represented passing round the sac.

脊髓中央管膨出. S.C. 脊髓及其擴張之中央管 (C.S.F.) 共成囊.圖中之脊髓形特別畫爲粗大.其實應細而牽長且萎縮.囊之周圍有神經通過.

此四種中最多見於活嬰者係脊髓脊髓膜膨出也然有人謂其實第一種爲最多.

症狀 凡脊柱裂之顯狀明而易見.卽有彈力性瘤凸於背之中線.多在脊柱下段.(第二百八十一圖).該瘤或有良好而多生毛之皮遮蓋.惟其皮或甚薄而透光.每有小血管布於其面.壓之則囊畧小而前囟凸起表明囊內滿含腦脊液.且

嬰若咳或喊則其囊搏動. 夫脊椎後份之缺點有顯狀可據.蓋捫其囊緣有骨緣在也.兼有數種之畸形同時呈顯.最多者乃腦室擴張及癱瘓所致之畸足.且此二畸形又最常見於脊髓中央管膨出者.久之則起足穿通性潰瘍及趾關節強硬並有他司營養作用之症狀顯焉.

診斷 尋常甫見即知.惟在頸部若有小而緊之脊髓膜膨出則難以鑑別.可用X光線查之.以辨其脊椎有裂否.

豫後 視所蓋之皮之厚薄.若係脊髓脊髓膜膨出.其皮頗薄而嫩.其囊易破.則腦脊液忽然流出.或越數日染膿性脊髓膜炎以致死亡. 如脊柱裂不甚大.所蓋之皮未壞.皮下組織亦良好.如此之嬰或能長至成人.惟其司營養作用或不如常.因脊管中若無脊髓.故於此處生瘢組織以代之也.脊髓膜膨出者.若其膨出處之孔甚小.迨後脊椎生大.則孔漸逼而窄.壓緊囊蒂而癒.

治法 脊柱裂.難以手術治之.最佳者乃設法罩護免其受傷.若囊漸大勢將自破.則須趁其未破時割治之.於其囊壁之最薄處以針刺之.令液流於防菌包料中.或在囊周圍好皮處屢以針刺之.且壓之.如患非重或能痊癒. 然用針刺射藥法較見功效.所注射之藥方列下.用碘十厘 iodum 0.65 gm, 碘化鉀三十厘 pot. iodid. 2 gm, 甘油一兩 glycerin. ad 28.5 cc 和勻.先放液少許.再以上藥半量錢或一量錢 (2—3½ cc) 注射之.於

第二百八十一圖



Fig. 281.—LUMBO SACRAL SPINA BIFIDA OF MENINGO-MYELOCELE TYPE IN A BABY

嬰兒患脊髓脊髓膜膨出樣脊柱裂

是其藥在囊漸行散佈.而其效只行於囊內或其隣處.是以勿使嬰兒搖動.勿平身而臥.以免藥散太闊.既射藥後其所刺之處或有滲漏.則須以防菌裹布緊裹.有時須再注射.或至數次.

凡用手術最多者係脊髓膜膨出.但嬰兒或有司滋養作用之症狀者.恐難忍受.其法.即在囊之中央開一口.若該處有脊髓.則宜從囊之右側或左側開之.開囊時宜令嬰兒低頭以防腦脊液流出.後則割除其所凸之脊髓膜.但於未割之先宜縫或縛其囊蒂.後再將脊諸肌縫合以護之.更將皮與皮下組織縫合. 若脊髓與囊後壁粘貼.可從脊髓兩側割離.如不能割離可將帶皮之脊髓推入脊管之中.於是縫合其脊髓膜.再縫合其肌.並將其皮縫合以蓋之.凡例合施此手術者.其效果實可激勵醫士之志.

隱性脊柱裂 Spina Bifida Occulta. 此乃脊椎後部裂.而脊髓與其膜未嘗凸出也.該處之皮或似瘢痕.或多生毛.有時或生脂肪瘤.漸長向內致脊髓被壓.或漸長下垂致脊髓被牽.而顯截癱之狀. 若無此等症狀可不必理之.苟有神經症狀顯出.則須施探察切術.

先天性骶瘤 CONGENITAL SACRAL TUMORS

凡脊柱末處胎生之瘤.名先天性骶瘤或尾瘤.此患多由胚腦腸管 neurenteric canal 而起.即胎胚時腦管與消化管相通之處.至胎肛門凹與消化管相通時則腦腸管消滅.然亦有不全消滅者.則在尾骨尖之皮成一凹或成瘤.其瘤有二類.

(一) 皮樣囊腫 Dermoid cyst. 囊內有皮脂及上皮細胞.平常或有毛一束.此囊腫多生於尾骨直腸相連之間.凸於尾骨後.或穿入直腸內.則其毛從肛門而出. 在英醫院曾治一月之嬰.見其尾骨瘤與脊髓膜相合而生.既割之則流腦脊液.

(二) 先天性腺瘤 Congenital adenoma. 此瘤生於直腸後.以顯微鏡觀之.乃立方上皮細胞所成之多數小泡支持以結締織而成.舒長甚大.惟非惡性耳.更有他瘤長於此處.然甚罕見.玆不詳述.

脊柱炎病 INFLAMMATORY AFFECTIONS OF THE SPINE

(一) 急性骨髓炎 Acute Osteo-myelitis. 此患不常見.見之約在青年人.多見於脊柱能動之處.原因與他處急性骨髓炎同.乃因受輕傷後該處受自身膿染也. 其特狀.即背之一處甚痛.身體發熱.但不甚顯畸形.此因組織死甚速而非漸壞也.此病不久即必生膿腫.最可慮者乃其炎散佈於脊髓膜.則性命難保矣.

若炎已散佈而起併發病.則結局不佳.如不早割開以放出其膿則無他法可望矣.欲除其死骨.從脊椎後除之最易.若欲從脊椎前除之.除患在腰頸二部外不能施行.

(二) 脊椎結核病又名脊椎骨瘍 Tuberculosis of the Spine or Spinal Caries 又名玻忒氏病 Pott's disease 又名角形彎曲 Angular Curvature. 其患多起於脊椎體致成曲形.

原因 皆與身之他處結核病無異.且常見與他處並同時而起.患此者勿論男女多在嬰兒之時.任在脊柱何處皆能起此.最多在胸部之下段.在頸部者除小兒外甚罕見之.一般成人患此多在腰椎與胸椎相接之處.

病理解剖 此病初起係骨膜炎或骨髓炎. 骨膜類.多見於成人.故不及骨髓類之多.所累及之處乃在一或較多椎體之前面.隨即循前縱韌帶之下蔓延至於他椎骨.並累壞椎間纖維軟骨(骨間扁). 骨髓類最爲多見.在小兒約幾係此.其結核先起於鬆骨中挨近椎體之骺片.致該處之骨質軟化而壞.椎體

之前部受累較甚於後部.故易成畸形.然少有神經受累之狀.所成之畸形多爲角式.因椎體被身之重量所壓或被肌收縮致顯塌陷也.或因病者久臥致椎體前生肉芽織而瘉.後則成爲縮瘢而不能伸也. 此患並漸累及其上下之椎體.乃先壞椎間纖維軟骨.而後侵至椎體.或由前縱韌帶下散佈甚闊.以至廢壞數椎體(第二百八十二圖).然尋常椎間纖維軟骨廢壞較甚於椎體.如此脊柱後凸之畸形則不成角而作彎弓矣. 然有數處齊發椎體骨瘍而不全壞者.亦有祗壞二椎體相連之點及其間纖維軟骨.而少累及其骨膜者.此乃常在腰部.因此部之椎體較大足敷圍組織硬變以限制之.且此處或有死骨片.在成人非爲罕見(第二百八十三圖).

其見瘉者.乃脊椎塌陷互相接連而成強硬.遂變成畸形.以致脊椎病原處不能動.此雖不能謂之完全就瘉.然能得如此效果亦不爲不佳矣. 該處所生之新骨極爲堅實.非但椎體互相連合.或棘突與椎板亦連合.若僅有此病而不生膿則爲吉兆.然有時其病原處生膿腫.此乃危險之事也.有時結核穿椎體而侵入後縱韌帶或壓脊髓而成癱瘓.或顯他症狀.

此結核患罕有從椎骨之左或右起者.若此則其所現之畸形亦偏於左或右.名脊柱側凸.至從椎弓後部起者尤爲罕見.

此患在頸之上部者.初起多在大關節處.即寰枕關節或寰樞關節也.其初祗壞一側.隨漸及椎體.由是更延至他關節也.至於此類特別之狀俟下文論之.

徵狀 脊椎結核病所顯之狀.視乎其起在何處而異.可分五類論之.

(一)疼痛 凡患結核病者常有之.惟初起則痛狀不甚顯.須詳細察之始覺.痛有二種.即局部與反射是也. 局部痛.平常尚不甚重.若捫之或叩其棘突或壓其橫突而互扭其椎體.則痛

始顯.若俯屈脊柱或側扭及擊其頭或臀部亦必痛. 反射痛乃因神經出椎間孔處被壓或被刺戟所致.故痛之地位乃視脊髓何節之神經受累而定.如患在腰部則腿痛.在胸腰交界處則痛循末胸神經直至腹下或臀部.在胸下段則於腹上部覺痛.故小兒無知每日言其肚痛也.若患在胸頸交界處則臂痛.

(二)脊柱強硬 凡有脊椎結核者.其脊柱常強硬. 早期其強硬乃因患者甚畏其痛.不敢少動其患處.且動之則病者使其肌收縮而強硬其背也.患在脊柱下段者.其人常畏俯拾與仰攀.如有物在地.欲俯拾之必挺其背而屈膝髖二關節漸漸坐低而拾之.且起立時則雙手緣下肢而起. 倘欲知小兒在胸腰相接處有強硬狀否.查時宜置小兒伏臥.持其踝關節將下肢提起左右擺動.如無強硬患當提起下肢時則脊柱可曲.後至六十度.左右可曲至三十或四十度.若係脊椎結核者.當持踝關節提起下肢時則否.必並起其貼於席之胸.如頸椎有此患.則病者不敢轉動其頭.必用斜方肌及胸鎖乳突肌以提其肩.每欲左右顧時以手托其頦而扭其身乃可顧也.

後期在將癒合時或已癒合時則脊柱強硬.乃因新骨使脊椎連合爲一而致.然病者常動脊柱他段以補償之.故強硬之狀隱晦.

(三)畸形 凡患脊椎結核而自癒者幾盡有畸形.但畸形之甚與不甚關乎若許之事.其最要者乃視受累之脊椎多寡也.

若只二脊椎受累.則其背或可成角形.因上椎體塌下與下椎體相合而成一楔形塊也.迨後患處之上下椎骨畧改原彎.而病者之身乃能直立矣. 若有數椎骨受累.則其脊柱不成角形乃向前彎.而所成之駝背最爲顯然(第二百八十四圖). 若在腰部有時失其原來向前之弓形.其椎體一直上疊恍似立柱然.(在頸部亦有失其向前之弓形者.惟不如腰部之甚也).若腰部

只二椎骨受累.則脊柱不甚顯畸形.因其患只在骨之中央而不在骨之兩旁.故脊柱之原形不改也. 若脊柱有凸出之畸形.其最顯者乃下椎棘突也. 若在胸部每累及數椎骨.故其畸形甚顯.因胸椎棘突斜而長.故易顯凸出之形也. 若在頸部.因該處之椎骨甚小.故尋常無甚畸形.惟累及數椎骨.則其頭必俯而向前.且脊柱之胸腰二部亦必改其原彎以補償頸部之缺.然頸因結核病而顯歪形儼如斜頸病者.亦非少見.

若胸椎結核甚重.則胸之原形亦顯改變.胸骨凸前.因胸廓之高度減少藉此以補償其缺.肋骨排列甚密以致肋間隙不顯.然其浮肋仍居原位.是以平第十肋處顯一橫溝.如此者必於其生長有碍致身成矮形.故又名爲駝背.

(四)膿腫 係脊椎結核最危之結局.此因膿腫甚深.有時長至甚大而始知也.且知之亦甚難治理.因其病原在骨內也. 倘染膿菌甚非佳兆.或致死亡.小兒患此較多於成人.其膿積於脊柱之前縱靭帶之下(第二百八十二圖).因膿之漲力.故靭帶易與骨相離甚遠也.膿旣穿破靭帶.則流至脊椎之旁.其所流之方向乃在乎脊柱何段受累.

若患在頸部必先成慢性咽後膿腫.致咽之後壁凸前.開口觀之則見似瘤.按之有動波.嚥物艱難.且阻其呼吸.或致喉門水腫. 若不理之或破入咽處.致小兒窒息而死.或因被染膿菌而骨患更劇.多有其膿流至頸後三角處者.因膿被椎前筋膜導之循大血管與胸鎖乳突肌後而達至頸旁也. 間有其膿穿破椎前筋膜至頸前三角處者.或向下流至胸縱隔障.或循臂神經叢而至腋處穿出.

若患在胸部初起亦於脊前.與起於頸部者無異.其膿多向後流穿過肋骨脊端之間.名曰背膿腫.該膿腫每於棘突相距三四吋處凸出.咳時則傳觸跳於該處. 有時膿向前行循肋間動

脈之外皮枝向皮面而穿.如此或致肋骨亦起結核病.或令其生骨瘍.或骨死.或起局部膿胸. 若胸下部椎骨有結核.其膿或下延經過膈之腰肋內側弓下.而入腰大肌鞘以成膿腫.此名爲腰大肌膿腫.

若起在腰胸椎相接之處.則能成腰大肌膿腫或腰膿腫.腰膿腫(第二百八十五圖)起於腰後.其膿循腰血管後枝及腰神經之後枝.流至骶棘肌(舉脊肌)之外緣而入腰三角處.則現於皮下.(腰三角處乃背闊肌及腹外斜肌相隣之處).如膿腫緊張咳時則傳觸跳於該處.且捫之而有動波.

腰大肌膿腫 Psoas abscess. 居腰大肌之鞘內.其膿浮於肌纖維上.或致肌纖維廢壞.當未成膿腫之先其肌每有痙攣之狀.致腿不能舒伸.少息之則瘉.若病仍進行.則能於腹後壁深處捫有棱形塊.此塊漸大.則膿延至髂肌筋膜下而於髂凹處成一球形瘤(第二百八十六圖). 厥後其膿循腹股溝靱帶下至股血管之後外處.因該處甚窄致膿腫成頸形.又後其膿腫在股血管鞘後處漸大.將該處之血管推向前.致靜脈因壓而扁. 膿復循髂腰肌腱流近股骨小粗隆處而入內收肌間.致大腿內側腫起.漸至卵圓孔(卽血管內處).現於皮面.或致誤認爲股赫尼亞. 間或其膿從旋股內側動脈(股內彎動脈)之幹流至大粗隆之後處以致腫起.間有時膿往下延而在跟腱側緣處穿破.然甚罕見.又或其膿不循腹股溝靱帶下而流.乃經過盆內.以致穿向坐骨直腸窩(骶肛穴)或坐骨大孔也. 腰大肌膿腫最標準之狀.乃延腹股溝靱帶上下成一雙房之囊形.儼若壓腰葫蘆.若壓其上房則下房可捫有動波.咳時亦有觸跳傳至腹股溝靱帶之下.

膿腫之初起.全身之症狀大約甚輕.未有白血球增多之狀.但夜間體溫畧高.若膿菌已入膿腫囊內則症狀加重.迨膿將近皮時病者覺痛.因軟組織被激刺及緊張也.且起癆瘵熱.

(五)神經症狀　凡患脊椎結核病而顯神經症狀者計十三人中有一.多在患久而不理者.其故非因其脊柱甚曲乃間因結核性炎致脊柱軟弱而折所致.　多因結核患向後侵入.漸散至後縱帶下使該處生結核質一小結.或結核患穿過靭帶而壓脊髓於椎板處.甚或累及脊硬膜.　亦有因膿腫延入脊管壓其脊髓者.若放其膿.雖距原病處略遠而症狀亦退矣.

夫症狀之輕重關其膿腫所壓之緩急.壓之急者能令脊髓起亟急性炎.惟起慢性硬化性者最多.於是脊髓被結核質束窄或凹陷或小於常.且異常堅實.其色略灰白.　若脊椎離位.或有忽出血之患.其癱狀必驟現出.然甚罕見.蓋多半由漸而致之也.　多累及隣近第八胸椎處之胸部.累及頸腰二部者罕見.因頸部有容脊髓之餘地.腰部則分成馬尾.故皆不易壓.

脊髓被壓與神經根被激刺或被壓其症狀各異.　神經根被壓者其所司之處皆痛.至後期或失感覺.若僅前根被壓則顯有限之運動減弱.　脊髓被壓者.則運動之症狀較多於感覺.此因感覺徑近於脊髓之中央得所保護也.初起時腿覺失力.脚趾拖行.神經亦痛.膀胱肛門括約肌之作用微弱.反射過敏.有時肌署痙攣.久之全癱.後則脊髓變壞致肌顯繼發性收縮及強硬.而反射亦減少.膀胱之官能全失.而有小便失禁之患.或其尿依時而出.不受人志之節制.又或滴瀝不休.不關乎膀胱滿或空也.

若病在上頸部危險更甚.或致人暴亡.若在第一二頸椎患結核.多起於寰椎之兩側關節.倘其關節頹壞.則頃刻間能令人死.乃因其枕骨推前而離寰椎.致立壓其脊髓.或漸壓脊髓也.有時結核患延至樞椎體,令其齒突脫離或橫靭帶斷.此二者皆能令頭倒垂於前致壓延髓而亡.

病之經過及豫後 倘不治理則漸重.骨愈腐而成膿腫.如於初患時善治之可望脊柱成強硬而瘉.若已起膿腫須久臥於牀.或能被吸收而散.所遺之液體漸乾而變如油灰.後或有膿菌侵入復化液體.則成殘餘膿腫 residual abscess. 倘其膿腫自破.或被割而染膿菌,則顯慢性血中毒之狀,嗣後因膿常流不止.遲早必致其力耗竭而死.苟善理之以防膿菌侵入.則膿腫或可痊瘉.更由善法護之俾脊柱不動.其骨或能再成堅實.縱已顯截癱之狀.苟令其久息於牀則癱狀亦可漸瘉. 至於所有之併發病.如膿性膀胱炎及褥瘡等.若不治之或能致死.間有結核病累及脊管而起脊髓膜炎亦能令其速死.患脊椎結核者亦或能兼起粟粒形結核.與身他處結核病之起粟粒形結核者無異.亦或累及肺,腦,腎等處.但患脊椎結核者雖經如是之危險.苟初起時治之合宜亦能痊瘉.

診斷 患脊椎骨瘍者若有畸形.則不難診斷.然初起時畸形不甚顯.脊椎又未離位.祇椎骨棘突畧凸.致人或誤認爲佝僂病(嬰兒骨軟症).至患處痛甚者恐誤以爲脊髓神經痛,或肋間神經痛,腎痛及風濕病等. 脊腫瘤.如癌,包蟲囊,梅毒,及動脈瘤所致之骨糜爛等.皆與脊椎骨瘍之狀相似.故在成人患此.若僅憑局部之狀恐不能決其爲何病.惟詢其病歷及以X光線查之或可鑑定.然醫士須屢憑其起止病期及藥效何如以爲診斷.但須查脊柱之前後,並按其橫突覺痛否,及察其背強硬否.此爲脊椎骨瘍宜注意之狀也.

局部療法 爲使患處成適宜之連合.其最要者乃使患處不動.並免其擔任重量.且用法以防脊柱成畸形.欲獲此效果可按下法施之.

第二百八十七圖

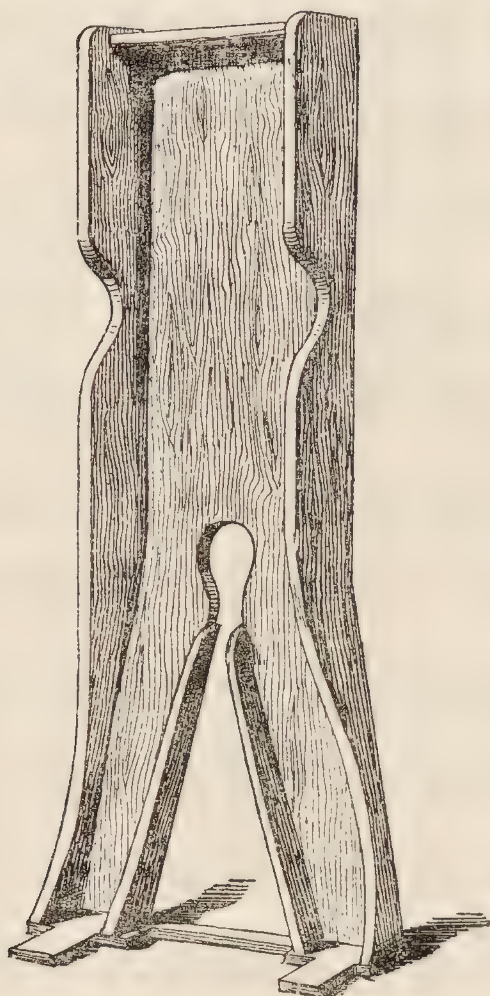


Fig. 287.—PHELP'S BOX WITHOUT PADS

斐勒司氏箱

第二百八十八圖

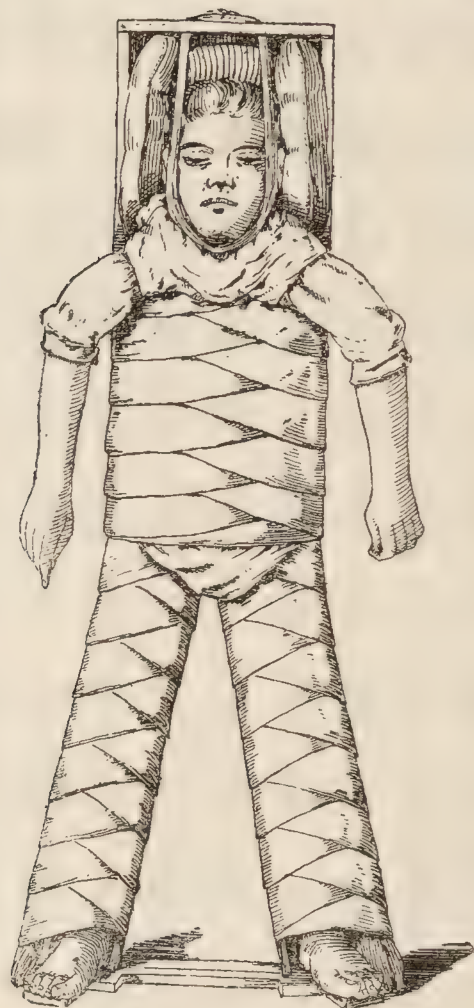


Fig. 288.—THE SAME WITH THE CHILD IN POSITION

斐勒司氏箱之用法

(一)使病者仰臥.勿用枕.以被單覆其腿及軀幹.再用沙袋置於身之左右及兩腿之中.亦可用法牽伸之.即用前所論之皮帶托其頦枕二部.托頦之帶從頦斜經耳上繞至頭後.托枕之帶從枕部斜經耳上繞至頭前.復以一繩繫定二皮帶於耳上相接處.並以重物墜牽之.若係小兒所墜之重物不過三磅.則可令其肌倦而免成畸形.並宜令小兒久臥於牀.最少亦須越六月.必俟其痛全無始可起牀.起牀後須著石膏或氈或革背袂至十分痊癒爲止.

(二)治小兒脊椎骨癆以斐勒司氏箱 Phelp's box 爲佳.該箱深六寸.下半截適如兩腿.中開一孔以通糞尿(第二百八十七圖).箱內四週實以棉花.置小兒於箱內.外以帶裹之(第二百八十八圖).用此箱須越六至十二月之久.如此作法任置小

兒於何處全身皆不能動.苟欲牽伸其頭與足.則以橡皮帶爲之可也.曾有數人將此法畧加變通.以便牽伸其脊柱免成畸形也.

(三) 治極幼之小兒.可用妥馬氏雙夾板 double Thomas' splint.但其頂上宜作一合宜之架以托其頭方可.

(四) 在小兒患結核之後期.可用此石膏背裓 plaster jacket.在成人雖可早用.然不可用於病之急期. 若患在胸部背裓須從腋起裹至髂嵴爲止.若患在胸中部以上.背裓必有一領以免其頭搖動(第二百八十九圖).先將上半身之衣服除去至腰際止.又著以絨背心.闊窄宜適合身而緊箍之.用帶掛於二肩.免其背裓褪落.又用絨墊或重摺大巾墊其腹前.因食後其腹畧脹.故須預爲容地也.至婦女則墊其乳房下以護之.作石膏背裓法.用粗蔴布作帶.以石膏塗於上塡實布眼.作成捲.迨用時將此捲帶浸於水內.俟浸透拈起纏於所著之絨背心上.從上至下纏至五六層.於是以石膏漿照第二十章末頁所言之法糊上.厚薄可隨意爲之.當石膏未乾之先須將頸盆二處按之密合.俟所糊之石膏全乾後始可移換病者位置. 若患在腰部.作背裓時必令病者平臥.若患在腰部以上.必令病者直立方可.最妙用一籠頭套其頭.

第二百八十九圖



Fig. 289.—PLASTER JACKET APPLIED FOR TUBERCULOUS CARIES OF UPPER DORSAL SPINE ILLUSTRATING FIXATION OF THE HEAD AND NECK BY A COLLAR AND METHOD OF LIGHTENING THE JACKET BY CUTTING OUT A PORTION

石膏背裓用以治結核性脊椎骨瘍者有領子使頭及頸固定不動及剪去裓之一部份以減輕其重量

將病者懸於三足架上.使趾將著地爲止. 背袯作成.有關重要之處則增其堅力.不關重要之處可剪去之.凡用石膏背袯者.宜至疼痛及急狀已過方可換氈背袯.

（五）近今外科士治脊結核時每不喜用石膏背袯.而喜用桰具（撐背器）braces.其式甚多.最便於用者爲退羅氏 Taylor 所製.其製法於此不能盡述.僅畧言之（第二百九十圖）.

即用二鋼條豎於脊椎棘突兩側與背之原彎恰合.下端亦用一彎形鋼條.條之兩端與骶骨之中點相平.用二帶由腿之中間穿過繫於背袯之前面.其上端亦用一彎形鋼條鈎於兩肩至鎖骨爲止.亦繫於背袯之前面.此桰具之前面用獸革一片護於胸及腹上部（第二百九十一圖）.用帶及帶鈎與背面之鋼條鈎連.且在患處最凸之點用一合宜之墊墊於兩側.亦與鋼條連之.此墊即爲鋼條之壓點.以防脊成畸形.兼可轄制胸椎向前移位以免畸形愈甚.若患在頸部或頸胸二部之交點.桰具必另加一領並一豎鋼條.以輔其頦不下俯及頭不搖動也.

第二百九十圖

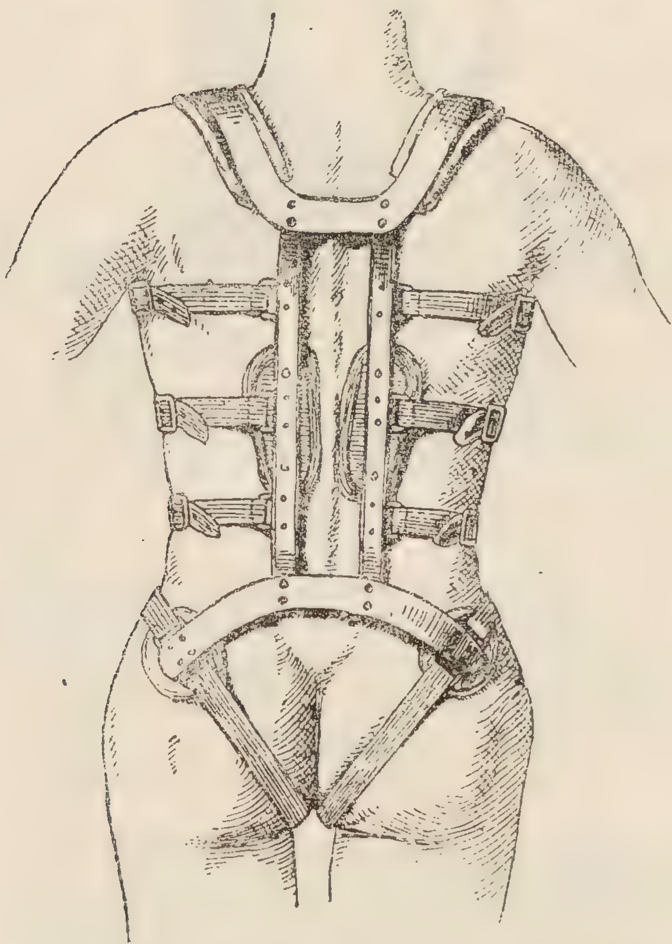


Fig. 290.—TAYLOR'S BRACE (BACK VIEW)

退羅氏桰具（撐背器）（後形）

第二百九十一圖

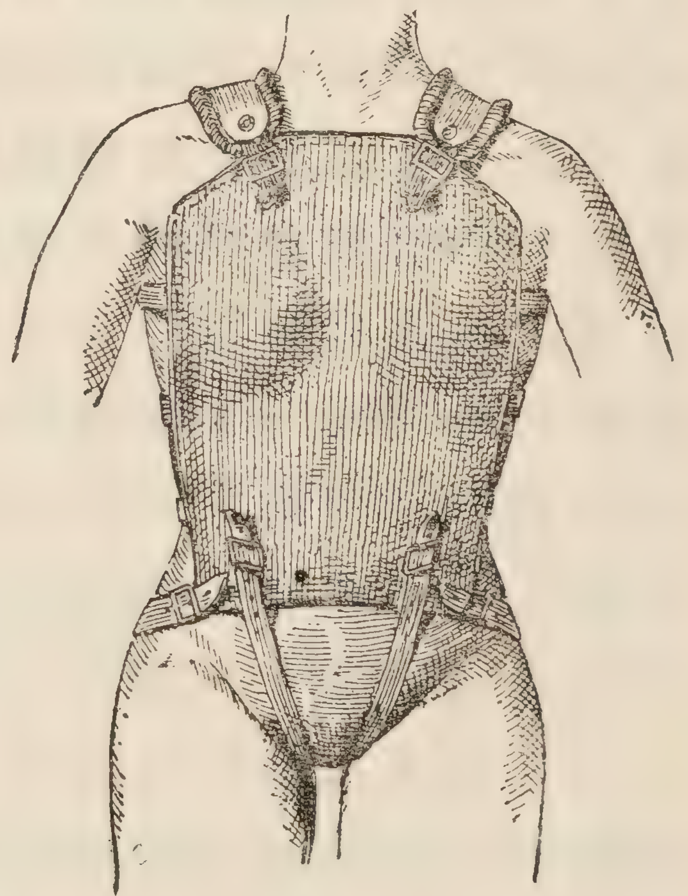


Fig. 291.—TAYLOR'S BRACE (FRONT VIEW WITH LEATHER APRON APPLIED)

退羅氏桰具（前形）及皮製護布

施行以上諸法.宜以美食滋養身體及服補藥.並宜常居屋外氣清之處.以海濱爲佳.如其疼痛與刺戟全消.方可令其行動.但須再越十二月始可除其輔具.

慢性膿腫治法　治慢性膿腫頗令醫士作難.因破後必須經久始能合口.若染膿菌愈難獲良好之結局.其總治法已論於第一百二十九面.　咽後膿腫之治法.常在頸部開之.詳下三十章.

胸或腰或腰大肌膿腫之治法.須用無菌大套針刺之以放其液.灌漑膿腫之腔.射以碘芳乳劑.後縫合其口.不必用引流法.有施放液術一次卽瘉者.但其人必壯健而結核非係急性者也.若膿腫內復生液須再施此術.或至二三次.有時膿腫液隨套針所入之路而出致令其成瘻.須日用防菌之敷料始能成瘉.　刺腰大肌膿腫最佳之地點適在髂前上棘之上內.先少割其皮.再將套針刺入.未刺之先須確知大血管及小腸不在此處方可刺之.倘膿腫於腹股溝韌帶下近卵圓孔處有欲穿之勢.須於此處刺之.倘其股血管略離本位而鋪於膿腫囊之面則須留心.勿誤刺其股靜脈.曾有醫士誤刺之也.

有醫士喜大開膿腫用巴克氏之灌漑匙刮之.雖能刮盡囊內所有之廢物碎骨及結核膿.但恐日後有成瘻管之患.然余不喜此刮法.因割口易染結核質.且易成瘻也.若按以上所言之治法似較勝於此也.

若腰大肌膿腫由腰椎而起.或可由腰後開其膿腫囊.但須循骶棘肌外緣豎割至橫突對向處.復割其筋膜及腰方肌.則易割至其膿矣.用此法之益.不但可查其椎體.亦可刮淨患區.且可除出其死骨片.

截癱治法　脊椎結核所致截癱之治法.卽使病者安臥不動.並用牽伸法牽其兩腿.惟所壓之處易生褥瘡.故須悉心理

之.如小便艱難.須按定時用導尿管放之,其管愼爲防菌免起膿性膀胱炎.當插導尿管之先須洗潔陰莖與尿道.迨尿放後又復洗潔.以無菌布包之.至放尿時始開. 欲解脊髓受壓.宜施椎板截術之指徵有四:(一)有膿性膀胱炎或生褥瘡而慮其死亡者.(二)臥牀已久而症狀仍不減少且增重,並速起截癱狀,致疑膿腫穿破或骨離位者.(三)久患此病.而截癱狀遲發者.此或因脊髓膜外組織成瘢所壓.(四)結核患僅延及椎骨弓板者.

(三)脊柱梅毒病 此病乃於椎體之骨膜下起樹膠樣腫.此不常見.其狀恍似結核病之骨瘍者然.診斷頗難.然稽其病歷.並試以梅毒療法顯何反應.則可鑑定之.多患於成人.且多在頸椎.曾有樹膠樣腫穿入咽內而咳出碎骨者. 辨此者若查有梅毒之來歷.他處亦顯梅毒損害痕.則知其爲梅毒病矣. 治之.以解梅毒藥及扶托其脊柱可矣.

(四)風濕性脊椎炎 Rheumatic Spondylitis. 患此炎者之原因及症狀.皆與身之他處患風濕病(纖維組織炎)者無異.此患常累及肌韌帶,筋膜,或椎間關節. 任脊柱何部皆能延累.而最受累者爲頸部.致碍其頭動而頸斜. 苟不理之則頸椎彼此漸成粘着.以致強硬而頭恒弗能動也.且該處之神經甚痛.因其神經根被壓也. 治之以解風濕藥並扶托其脊柱可矣. 淋病亦間或累及脊椎.其結局與風濕性者同.

(五)畸形性脊椎炎 Spondylitis Deformans. 此爲脊柱強硬而成駝形之病.常見於老年人.身彎而漸矮.於曲身作工者亦或見之. 此病與骨關節炎大約相似.病理解剖之改變亦相同.脊柱甚硬而強直.(故名爲鐵條背)此因椎間纖維軟骨.被吸收致椎體彼此粘着.另生小骨贅互相鈎牽.且因脊柱諸韌帶成骨也. 有時甚痛.然不常見.如果疼痛則因神經根被刺戟而致也.脊柱受累之處大約甚闊.駝形甚顯. 此病分爲二類其實或爲

一類.不過症狀有異耳：(一)此類多累及上頸部及胸部.所成之駝形不大.胸廓變平.肋骨發板.間有脊髓後索顯變性之徵者.(二)此類先累及脊柱之下部分.後則累及髖肩二關節. 以上二類皆能漸累全脊柱.終則肋椎關節亦漸受累.由是則肋發板.呼吸之作用被阻致生肺病而死. 治法與骨關節炎同.

脊柱瘤 此等瘤多爲惡性者.大半係他處癌或肉瘤之繼發性瘤(子瘤).其非惡性者.即軟骨瘤,骨瘤,包蟲囊等.皆起於脊椎.然亦有原發性肉瘤起於此處者. 最顯之症狀.即局部劇痛不止.雖臥牀而痛不減.如此必致速成畸形及截癱也.然亦有不成畸形者.如患累及神經根則神經必痛.致病者之痛愈甚也.若係成人顯此等症狀每疑爲惡性瘤.倘起甚速尤疑其爲惡性瘤. 今尚無治之之良法.若體非十分衰憊.且病爲原發性.或可施以探察術.

脊髓及脊髓膜瘤 其瘤所起之處不一.故所發之症狀亦各不同：(一)脊硬膜外瘤.此等瘤最多爲肉瘤或脂肪瘤.所顯之狀乃脊髓被壓致感覺及能力並失.但未顯此狀之先該處被刺戟而神經痛.動之痛甚.間或痛祇在一側.亦見有神經根多生神經纖維瘤者. (二)脊硬膜內瘤.其顯狀乃脊髓被壓及脊髓膜被激刺也.此處所生之瘤.多半爲肉瘤,內皮瘤,纖維瘤,樹膠樣腫等. (三)脊髓瘤.即粘液瘤,砂樣瘤,與肉瘤等.所顯之狀即截癱,並局部痛或反射痛或捫之覺痛.此狀或累及身兩側.或只累一側.或兩側畧異而爲交叉性.即對側麻木.本側甚癱瘓並感覺過敏. 最要乃檢查腦脊液.若該液爲黃色.且含蛋白素及血球素較多於常.可斷定爲脊髓瘤. 此等瘤若不理之其人必死.故旣斷定其確係脊髓瘤.須施椎板截除術而探察之以試其瘤能否割除.然須切記此等瘤有由梅毒致者.宜於未割之先令服碘化鉀及氯化汞一程.然因病者就醫過晚.故雖施手術而死數仍不少也.

(六)嬰兒癱瘓 Infantile Paralysis. 又名急性脊髓前灰白質炎 Acute Anterior Poliomyelitis. 對於脊髓炎於茲祇論此一類.在論畸形之第十九章已論及之矣.該病之病原.已被弗雷克斯紐氏 Flexner 並野口氏 Noguchi 培養而分離之.該物爲球形.其徑爲〇・一五秒至〇・三秒(兆分米).多半成對.或排而成鏈.或爲一羣.然果係細菌或原動物尚未確定.所致之病係急性炎.但不多化膿. 若檢查患脊髓前灰白質炎者之腦脊液.其結

果不同.多半係生理的.然亦有顯蛋白素過多並淋巴細胞增多者.

此患大約起於三歲以內之小兒.且在熱道較多於他處.約按季而發.在六月至十月間者居四分之三.有時成爲流行病.一家中有時數人同受其染. 常受累之處.乃在脊髓前灰白柱.卽所謂急性脊髓前灰白質炎.其炎能令該處之多極腦細胞(結脒)變壞.後則周圍神經及肌亦繼之而變.

症狀 忽然而起.身體先顯發熱.背頭皆痛.在三至十日內卽顯癱狀.有時全身之症狀不甚顯然.只顯煩燥不安.卽顯癱狀.其癱之進行甚速.不過數時卽至極點.經一或三星期之久或覺少瘉.始則就瘉較速.後則漸緩.顯癱狀之處因其榮養中樞已壞.故早失榮養.冷而色藍.以法拉兌電流激之則無反應.變性反應亦失.因相對之好肌不與之相配.故成爲畸形.且其發育及舒長之作用被阻. 此患累及之處不一.大約多在下肢之下截.所成畸足之形亦不一.或致膝及踝成連枷關節 flail joint. 若累及股則其內收肌及股四頭肌必癱.若累及臂則常見三角肌癱.隨則前臂之伸肌及肱橈肌亦癱.罕有累及頸與面者.惟腹背諸肌或可患之.

治法 初期宜調理其全身.並潔淨其消化管.因此患約由消化管毒而發也且宜揉捏其癱肌及施電療法.更宜用合宜之夾板夾之.使其肌鬆弛免成畸形.設至後期.其肢已成畸形或軟弱或成連枷關節者.則有數法治之: (一) 機械的支持 Mechanical support. 惟不可過重致礙其肌.施於畸足者以鐵具置於鞋下.上至膝或至臀處. (二) 截腱術 Tenotomy. 或割斷其肌抑筋膜.如爲改某處之畸形亦可用之. (三) 腱成形術 (腱修補術). Tenoplasty. 卽以無病之腱修補癱腱也.此術間有用之者.有時將肌所附麗之點遷移.以便弛緩之肌扯緊(第十八章). (四) 關

節強硬術 Arthrodesis. 關節動過多者用此術最佳.因可免輔具過重之弊.苟貧而無力購買輔具僅用此術亦可.如一肢有二關節軟弱.則用此術使其一關節強硬.亦爲有益. 其術卽割開一小口.以鋸鋸除其關節軟骨.或用刀在骨端刮除之.惟須切記癱肢之恢復力較少也. (五)截斷術.若全肢皆癱無法可治.致病人不便者則須用此術.如在下肢膝及踝均鬆弱.且成連枷關節.在膝可用關節強硬術.後則用賽姆氏截斷術庶得一有用之肢矣.

第二十六章

顱頂蓋及頭顱之病

AFFECTIONS OF THE SCALP AND CRANIUM

顱頂蓋病 AFFECTIONS OF THE SCALP

創傷 有爲利物或鈍物所致者.亦有因傾跌或鎗彈所致者. 顱頂蓋因居顱骨上甚緊.故有時爲鈍物擊破(如受警察之棒擊是).與受利物切破者相似. 最要者須查其傷之深淺.若僅傷其帽狀筋膜之淺面無甚緊要.倘帽狀筋膜與骨膜中間之蜂窩織受累而感染.則有蜂窩織炎之危險. 因顱頂蓋之滋養甚好.故該處受傷少有腐崩之虞.設顱部有巨塊顱頂蓋扯破或挫傷.若以防菌法洗潔將皮蓋回原處.料不致失其生活力矣.

顱頂蓋盡被扯破者多見於婦人.因其髮長被機輪牽扯所致.頭皮由耳上繞眉際撕開.帽狀筋膜亦盡被扯斷. 若顱頂蓋全脫離.雖復回之亦無益.必用替耳什氏植皮術以蓋其肉面方可.

治法.宜將傷處鄰近之髮剪去.依常法潔淨其四圍.若傷緣有挫傷或污穢須割齊之.用碘酒消毒法甚善.因用之不必薙髮如是之多也.後則縫合傷口.所用之線以不吸水如馬尾毛者爲妙. 凡顱頂蓋破處每出血甚多.此因其組織堅硬致阻傷區之動脈縮退而關閉也.且又難以鑷夾其動脈而縛之.故須用針穿入動脈下縫之以阻其出血.

血腫(瘀腫) Hematoma. 此乃顱頂蓋受傷而其皮面未破所致. 初生之嬰兒或顯與此傷相類者.此因其頭經過母骨盆

時被壓或受損傷或爲取胎鉗夾傷而致. 顱頂蓋血腫有三種:(一)淺血腫.因其在堅硬之皮下組織中故血腫甚小. (二)筋膜下血腫.乃居帽狀筋膜下之鬆組織處.僅有筋膜附麗處限止之.此血腫在顱頂蓋下成闊大之軟腫.按之有動波.致顱頂蓋浮游於顱骨之上.有時前垂而覆遮其眼.或後垂而覆遮其枕部.多由筋膜下之骨被折而致. (三)顱骨膜下血腫.此腫之佈散乃限於骨膜摺入顱縫處.常見於初生嬰兒之頂骨(顱骨)上.以指按之而甚軟.且有動波.其四圍之邊變硬甚速.因有血絲積貯也.此狀與凹陷骨折相似.因其中央液體部較低於四圍之故.然不必疑.蓋血腫之邊高於顱骨面.而凹陷骨折不然.有時血腫久存致其四圍成骨化者亦有之.

治法.只須用蒸發性藥液敷之.若血腫下無他患則不必剖之.亦不必用引流管引出其液.

化膿 顱頂蓋化膿乃常事也.多係外染所致.亦有因其下之骨有病使然者.其膿腫之大小視其居於何類之組織.與血腫者同. 在皮下者膿腫甚小.因該處之組織甚堅故也.起膿腫之原因.每由濕疹或膿皰或頭蝨或治癬時用藥過甚而致. 在筋膜下者.其膿腫多因刺傷染菌所起.兼顯蜂窩織炎. 在顱骨膜下者.除顱骨損傷或有病外罕見生膿腫.若有之則膿不過限於病骨處而已.

顱皮蜂窩織炎 見五十四面.

顱頂蓋丹毒病 見八十七面.

顱頂蓋瘤 其類甚多. 損傷性動脈瘤罕見.甚小.且易於截除.又有顱頂蓋動脈曲張多起於顳淺動脈.治法非手術不爲功.

血管痣顱頂蓋痣與他處之痣同.但在前囟上則必顯搏動.因居其下之硬腦膜搏動也.故或誤認爲腦膜膨出.

蜿蜒動脈瘤 Cirsoid aneurism. 此患生於顱頂蓋者較多於他處.約起於耳顳處.或散至四圍.甚或至頸部.起此之故未能確知.有時起處先有痣.亦有先受損傷而後起者.此瘤居於皮下.大小無定.乃搏動而色紺之血管曲張所成.其內有海綿性腔.動脈直與之相通.並無毛細管居於其間.故按之血卽消散.釋之又易復滿.此因動脈所來之血甚多也. 其舒長之遲速不一.病者每覺頭痛,眩暈,其瘤皮薄而萎縮.該處頭髮脫落.卒至成潰瘍.致出血而死. 治法.無論用何治法均無大效.若能完全截除固屬甚佳.但其瘤大而險要.恐不能截除.如欲用截除法.必須遠離患處下刀.其通患處之血管.務於未割斷之先縛其兩端.免有血出之險. 有時先截除其瘤之一部.俟其所出之血補足之日可再截除他部.以截盡爲度. 但用電解法及縛其通瘤之大血管.最有痊癒之希望.電解法見二百二十二面.

乳頭狀瘤又名刺瘤.此非罕有者.其形似瘊.細而硬.除有礙於戴冠外無甚妨害.且易去之.

脂肪瘤此瘤約居於顱前.由顱頂蓋之深層或骨膜而生.向左右舒長而爲平形.易於截除. 鱗狀細胞癌又名上皮癌或由乳頭狀瘤常受激惹而起.亦有由皮脂囊腫所成者.苟確知其爲鱗狀細胞癌.宜卽截除之.聽其自生肉芽織而癒.或用替耳什氏植皮術以補之.

纖織瘤(筋瘤).此瘤甚硬.多起於顱前戴冠處.其大者幾畧及顱頂蓋之半.其形凸凹無定.係軟纖維織所成.卽由神經纖維織而起者.均可截除之.

肉瘤此類瘤除由顱骨而起者外.其餘少見.係似肉之大瘤.或顯搏動.或破而開花.尋常舒長甚速.惟有帽狀筋膜能暫阻其舒長. 治法.遠離瘤根截除之.並用替耳什氏植皮術補之.病重者雖宜用X光綫或銑治之.然恐無大希望.

皮樣囊腫(皮胴袋瘤).此患在顱頂蓋者不少.每多在外眥,或顳,或鼻梁處(第一百五十五面).其舒長不甚大.有至成童時始顯明者.其下之骨略凹而不平.因其中胚葉(胚原膜中層)未長成故也.有時患處之骨有縫.則囊腫根即入縫而與硬腦膜相連也. 治法.須截除其囊.然宜俟成童顱骨堅實時始可施行.因其骨縫或已長合也.

皮脂囊腫(見第十七章皮脂腺病).生於顱頂蓋較多於他處.有生二三枚者.亦有長至極大者.須用細刀穿透.將皮脂擠盡.用鑷拑緊其囊壁以去之.再縫合其傷口.

皮脂腺瘤 Sebaceous adenoma. 此瘤多起於顱頂蓋.詳第十七章本病篇.

頭顱病 AFFECTIONS OF THE CRANIUM

(一)先天病 (甲)有時嬰兒顱骨舒長有缺.名爲先天性顱骨發育不全.約因其母身體衰弱之故.亦有其骨終身不能堅實者.故較他人最易受傷.

(乙)腦膜膨出 Meningocele, 腦膨出 Encephalocele, 腦腦膜膨出水腫 Hydrencephalocele or Meningo-encephalocele. 此三病乃係腦膜從顱骨之缺處露突於外,或其腦亦並凸出,或祇硬腦膜凸出.成此患乃由初腦泡兩旁之中胚葉未長合以隔離腦泡與外胚葉.故腦一份或其膜仍居顱骨淺面也. 常多在鼻梁上及枕部.有時在前囟或側囟.又或在顱底處. 腦膜膨出者.祇膜膨出.內含腦脊液.性軟而形圓.按之有動波.其蒂大小無定.麗於顱骨上有皮蓋之.其皮厚而堅.或薄而色紺.若其腫巨大.則皮必透光.皮面上之血管常擴張而似痣.凡小兒用力呼吸時如哭或咳.則必緊張而較大.有用手按之即縮小而可捫出其顱骨縫之邊緣者.按時或令腦受壓而起驚厥之狀. 腦膨出者.與腦膜膨

出略似.但有腦組織在其內.心臟搏動時腫亦與之俱動.此患多生於顱後處. 腦腦膜膨出水腫者.內有腦組織又有腦脊液.可分爲二種:(子)與平常之腦膜膨出同.但其內含腦組織少許.(丑)其液與腦室液通連.有腦組織一薄層蓋之.此腫之形畧大.爲腦積水之一類.多居於枕部位於小腦幕上或下.在上者因側室之後角擴張而成.在下者則其骨缺或至枕骨大孔.致令小腦一部亦凸入瘤內.

豫後　此等膨出病甚險.幸患此之嬰兒約在生下時已死.或過數日而死.若未死.其重而危者則爲胎癡愚或成頭過小畸形.有時實成腦內積水 internal hydrocephalus. 其所突之瘤可漸大而裂.致起膿性腦膜炎而死.幸或其腫終不漸大. 若係腦膜膨出.其顱骨或可長合其縫.而阻腫不與顱內相通.致令其腫成囊.其蒂固定.且無搏動之狀.

治法　此三種膨出約以不治爲妙.若其腫漸大.可以無毒針刺而放其液.後用紗布覆壓之.或能免其漸大.若係腦膜膨出.如此亦可痊癒.至於其骨縫細者可先縫其腫蒂.然後截除之.若再能以骨接植術補其縫則更佳.

(二)後天病　此病分四類.即萎縮類,過長類,發炎類,及贅瘤類是也.

(甲)後天萎縮　有數種如下.

(子)顱骨軟化 Craniotabes. 此患多在嬰兒一歲時患之.由遺傳梅毒所致(見第二十一章梅毒性骨病篇).

(丑)老年萎縮. 此病可累及全顱骨.致軟化而疎鬆.或只累及二頂骨.從前至後使之成凹.切宜留意保護免受損傷.

(寅)局部之缺欠. 係因贅生物如腦蜘蛛膜粒或動脈瘤等所壓而致.抑或因骨瘍或手術或外傷使然.若缺處畧大.以手

捫之覺有搏動.如此者則須以金類盾護於顱頂蓋免其受傷.然今有顱骨成形術(見下章)可不必用護盾也.

(卯) 慢性腦內積水 Chronic Internal Hydrocephalus. 此患必兼有顱骨萎縮而薄.或起自先天.或起於嬰兒時.其故乃由腦側室被腦液膨脹所致.蓋因胎有畸形或有炎病.致令腦脈絡叢(血管衣纓)滲液並壓大腦大靜脈,或壓下矢狀竇,或令第四腦室內側外側諸孔閉合也. 如此則頭顱漸膨脹.顱骨漸展薄.且顱縫漸闊.並腦被壓甚或致命. 以手捫之有動波.且聞其骨作聲.面較小於常人.其眼因眶板被腦壓下而凸出. 治法.用放液刺術乃係徒然.因雖放出多液.並以彈力物壓之.難免復生. 其有痊癒之望者.乃在開其腦室與腦硬膜下腔之通路.俾側室之餘液流出.既腦硬膜下腔液之壓力大於靜脈血之壓力.則必被靜脈吸收矣. 宜以銀管置入其通路.或用脫石灰質之骨管中置一羊腸綫爲引流物亦可.然須趁其患之初期用之.若延至腦外層過薄而已失其官能.用之無益.

(辰) 頭小畸形 Microcephaly. 此患由腦發育不全致顱縫閉合過早也. 亦或兼有癡愚或克汀病(小兒甲狀腺缺功症).

嘗有醫士試用顱骨截除術治之.取出顱骨數條.俾其內有餘地容腦長大也.有照此法治之初覺畧佳厥後多有再發者.此因截除處成瘢組織並腦已萎縮也.

(乙) 顱骨肥大 乃由慢性炎或受外傷等所致.其特別之數種,如遺傳梅毒,佝僂病,畸形性骨炎,肢端肥大病(均見第二十一章).骨性獅面病(見後第二十八章上頜骨瘤篇)等.然獅面病性顱骨肥大與他者畧異.乃因其顱骨質漸長厚.非似上數者純向外長.而此兼向內長致其顱腔狹窄也.

(丙) 顱骨炎 其炎類與身之他處骨炎者同.分論如下.

（子）急性顱骨膜炎 Acute periositis or pericranitis. 此患從顱頂蓋蜂窩織炎傳染而起,有致顱骨外板壞死之趨勢.

（丑）急性感染性骨髓炎又名急性骨壞死 Acute infective osteo-myelitis or Acute necrosis. 此病乃顱板障起急性炎也.多因膿菌所致.其染菌之故或由顱頂蓋受傷,或哆開骨折,或空氣竇起感染性炎,或病者抗菌力弱祇受輕挫傷等.亦有由膿毒血病而致者. 其症狀初則寒戰.後則頭痛.發熱.患處水腫.顱骨膜與骨相離.因有膿延於其間.亦或有膿腫生於骨與硬腦膜之間者.如此則顱骨之全層皆壞死.然至患骨之顱縫爲止. 最危險之併發病即膿毒血病.或其炎蔓延至腦膜或靜脈竇或腦組織等.其豫後不佳.幾盡無望.若及早截除之或有望.否則罕有能痊者矣. 治法.須用法使膿易於外出.且除盡其外板而刮其受累之板障.若顱骨內面有膿.須截除其內板而敞開. 在晚期勿俟其死骨自脫.視有死骨即鑿除爲妙.

（寅）慢性顱骨膜炎 此患不多見.形似結節.若非梅毒性乃因常受激刺（如重物所壓）而致. 治法.宜勿再壓激該處.如欲鑿除其骨結節亦可.

（卯）結核病 顱骨患此不多.或爲原發性.或爲繼發性.繼發者如皮有狼瘡,或腦膜有結核病竈所致.起於骨膜或板障.致該處成骨結節.或令其骨膨脹.後即化膿而成骨瘍矣. 若起於硬腦膜.其顱骨內板糜爛若許或壞死.遲早其骨外板必穿破.而成膿腫於骨膜下矣. 但不可以外板患之大小.即定其內患之多寡.須以法細心查明. 此患之豫後除早施手術而用適當之全身療法外不佳. 其所累及之處.約多在鑷乳突與額骨之顴突.若該二處果受其累.或兼有他狀顯出.

（辰）梅毒病 此患甚多.每起於梅毒之第三期.惟額骨及頂骨常受其累.已詳上第二十一章梅毒性骨病篇.

(丁)顱骨瘤　凡生於顱骨之瘤.最多見者乃骨瘤及肉瘤也.

(子)骨瘤　此等瘤乃局部密骨過長而成.其生於顱骨外面或內面.或內外面兼有.在額骨及外耳道處最多. 生於外面者.滑而圓如球.捫之硬而不痛.其蒂闊而連於其下之隣骨.有時非單獨而生. 生於內面者或有刺戟及壓腦之症狀. 夫此等骨瘤須與炎致之骨織過長鑒別.(由炎致過長者約爲梅毒性).蓋骨瘤有甚清之界限.不痛且緩長.且須與骨肉瘤鑒別之.骨肉瘤乃速起而痛.且其體之軟硬不一. 治法罕有宜施手術者.如其瘤小則以圓鋸鋸除之.大者則須用電鑽鑽除之.然所鑽之處須繞其密骨之瘤邊方妥.萬勿用尋常之鑿鑿之.因需時過久致腦受震也.

(丑)肉瘤　此瘤生於骨膜或板障或硬腦膜等. 生於骨膜者.乃係圓細胞或梭形細胞類.能長甚大.或內含骨質.或仍軟而現搏動.有時瘤底之骨被瘤所蝕致瘤累及硬腦膜.終則累及全身矣. 生於板障者向內外而長.有時在此處亦可生骨髓瘤與肉瘤甚似.然其舒長較緩於肉瘤.其面有薄骨殼蓋之.捫之作聲. 生於硬腦膜者.約受外傷而致.其狀卽局部頭痛難忍,癲癇,複視,及視神經炎等.凡此等狀均在瘤未見之先而顯.厥後顱骨漸展而破.以手捫之.覺在顱頂蓋下有甚軟多血管而搏動之瘤.遲早則瘤開花如蕈狀.倘或潰爛則硬腦膜必至顯露.致因起膿性硬腦膜炎,或腦被壓,或病者衰竭而死. 治法.在早期須自由截除.後用顱骨成形術.然每因難早診出.而療治延緩.以致失其手術之時機.只可用銑療法.或兼用可雷氏液治之.

(寅)繼發性癌(子癌)　此患生於顱骨者不少.多繼乳房或甲狀腺等癌而起.其瘤小而數多.且有搏動之狀.並常致神經痛及恒久之頭痛.

(三)損傷性顱病

TRAUMATIC AFFECTIONS OF THE CRANIUM

(甲)**顱骨挫傷** Contusions of Skull. 此患雖顱骨未折.有時累及甚重. (子)上文所論之炎患.或因挫傷而起.如人抗菌之力微弱.受傷後則易起急性骨髓炎或起局部性或瀰漫性慢性骨硬化及過長. 若其已有結核或梅毒則挫傷可爲其誘因. (丑)更有在顱骨之下硬腦膜之外成膿腫者(見下章).須以圓鋸開孔以放其膿. (寅)有時挫傷致腦膜離骨而出血.(見下章). (卯)凡以下所論之顱骨損害皆可因挫傷而起.故不可輕視.卽皮未破亦勿謂無碍.若已破則患必尤重.因兼有染菌之危險也.

(乙)**顱骨折** 可分三類論之.卽顱頂骨裂折.顱底骨折.顱骨凹陷折或刺折.是也.

(子)**顱頂骨裂折** Fissured Fracture of the Vault. 此由外來之直接或間接之暴力所致.直接者該處之骨先折.而折線並可延往甚長.間接者因顱骨被壓過於其骨之彈力.致其顱骨裂開.

若祇顱骨裂開而皮未破則無甚顯象可見.惟該處或只有瘀斑而已.至於哆開骨折者.其折處有紅痕一線.以指捫之.覺其骨參差不平.其折形或僅一直痕.或似星芒四射.倘無併發患其折裂不甚緊要.除用普通療法外不必用他法.然自須小心免菌侵入.則傷痕自可平復. 有時折處之骨痂凸向顱內.或硬腦膜增厚.則起恒久性頭痛.甚致損傷性癲癇.或神經錯亂.(見下章).

損傷性顱水腫 Traumatic cephal-hydrocele. 此患罕見.由於顱頂單純性骨折所致.多在小兒.其特形乃顱頂蓋下積液成腫.隨心而搏動.呼時該處亦顯觸跳.腫之大小時有改變.且壓之有時幾無.其所積之液乃爲腦脊液.或通至腦側室.或通至腦蜘蛛膜

下腔．曾有一病案．施手術時則見該水腫通至腦蜘蛛膜下腔局部出血所成之囊腫．按理論若不通腦側室固宜開而引流之．然無法能確知之．故遇此病總以不施手術爲妙．

(丑)顱底骨折 Fracture of the Base of the Skull. 裂折者居其大半．間有刺折或凹陷折者也．

第二百九十三圖

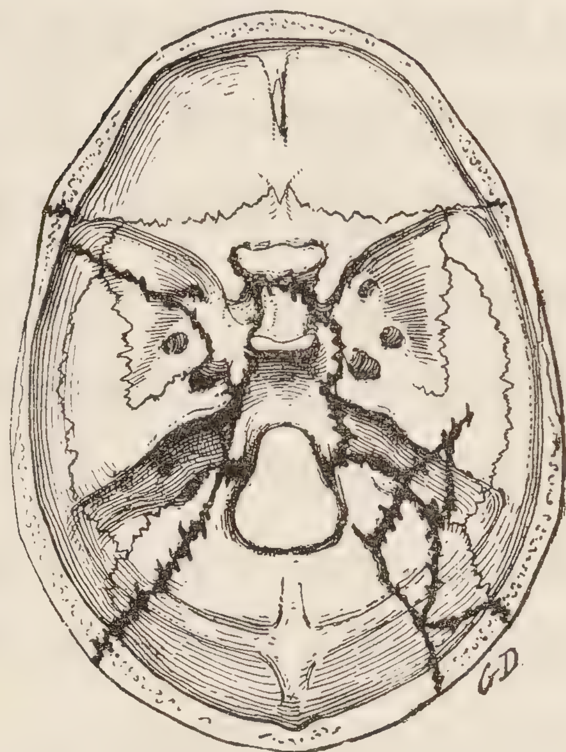


Fig. 293.—FRACTURE OF THE BASE OF THE SKULL FROM FORCE ACTING AGAINST THE OCCIPITAL CONDYLES AND PRODUCING ALMOST AN ANNULAR FRACTURE AROUND THE FORAMEN MAGNUM

顱底骨折
枕骨髁受暴力以致枕骨大孔周圍顯幾成環形之骨折

原因 有三：(甲)因在顱頂受暴力如撞，跌，硬處而致．按人討論其折裂之理厥有二說：(一)亞蘭氏云：凡顱頂受重傷．其裂紋必直通至顱底．名爲射裂．此雖係自然之理．然亦有顱底裂不盡關此故者．(二)邇來醫士謂有由受壓而崩裂者．其理以顱非係無彈力性之實體．乃係甚有彈力之腔也．且曾見顱頂裂者夾有皮與髮．此正見其骨旣裂而復合也．若顱被大力相夾．其受重壓之徑必較短．而未壓之徑必凸出．倘壓力過於其骨之彈力則折矣．其折線之方向不一．約循壓力之方向．此爲崩折．亦有裂線與壓力之方向成爲正角者．此爲壓折．但在顱內其壓力必向四處射激．故折於骨之最柔而無彈力之處．卽顱底也．

(乙)因顱底受直接或間接暴力而致．然此類或非裂性而爲凹陷性者．如有木棍或傘柄或鞭桿等由眼插入眶板．或由鼻插入篩板．又如其頦受重擊．致令下頜髁狀突穿過髁狀凹至顱

中凹.又如人仰跌而有硬物插入其枕骨.或鎗彈由口直穿顱底.皆係此類也. (丙)因脊柱直撞枕骨髁而致.多見於顱後凹.折線或從枕骨大孔放射或繞枕骨大孔而成環形(第二百九十三圖).多因從高跌下.而顱頂撞於軟物上(如棉花包).又或由高直跌而踵或臀先落地.皆爲此類.

折之方向.或縱或橫或斜無定.乃在乎暴力之方向而異.此能累及全顱底.或祗累及顱之一凹.又有循顱縫而折者.有時不然.連顳岩部亦裂. 橫折者自祗累及一凹.縱折者或前中後三凹均受累.

顱底骨折有單純者.然大半係哆開骨折. 在顱前凹裂者.其裂線必經過篩板及鼻粘膜通至鼻腔.亦有刺傷經過眶板或篩骨蜂窩或蝶竇.致顱內與外相通者. 在顱中凹折者.或折線經過蝶骨底通至鼻咽.或鼓室受累. 在顱後凹折者.多累及枕骨底.或通至鼻咽頂.然此多係單純骨折.

顱底折雖實屬重病.然未必致死.因邇來有防菌法故較昔結果爲良. 所慮者有三:(一)大腦底,橋腦,及延髓受損.在脊柱逼緊枕骨髁致枕骨大孔裂碎者尤然. (二)靜脈竇或腦膜動脈或大腦動脈出血. (三)感染性腦膜炎.此因其傷不但折其骨.且致硬腦膜撕開.則成哆開骨折之重併發患.

症狀 最爲無定.茲爲便論起見.分爲五項.

(一)大腦受重累如腦受震.不省人事爲時甚久也.然不盡顯此狀.昔年曾有一腦受損傷者.傷後十日仍可作工.厥後始入院就醫耳.

(二)出血.其所出之方向.乃視其折在何處而有差別. 顱前凹折者.則鼻多出血.因其折穿過篩板之故.然亦有血循咽而下嚥或復嘔出者. 多有其折累及眶頂.致血流入眶腔之蜂窩織中.則其瘀斑漸顯於皮下而腫.累及下瞼.初顯紺色.漸變色如

挫傷.惟無外皮初紅紫後色青之挫傷. 眼球結合膜亦被血滲入.但少居角膜之上.且其瘀斑之後界亦不能見. 其所出之血.乃由骨及被撕之硬腦膜而來.倘所出甚劇.約由海綿竇而來.或致眼球前垂.有時在眶處捫之則覺搏動.果如是必有損傷性動脈瘤.或動脈瘤性靜脈曲張.

顱中凹骨折者.其所出之血或入鼻或入咽.以致嚥下.然尋常其血從耳流出.若其所出之血甚多.約由顱底之血管而來.若血不多而出亦不久者.則非必顱底折.或有別故也.即皷膜裂開,耳翼撕離,及因下頷骨受擊令髁狀突逼緊顳骨之皷環致環之前下份被折等.

顱後凹骨折者.其所出之血多在皮下.顯現於顳乳突處及頸後部之肌間也.

（三）腦脊液流出.此表明硬腦膜下腔敞開也.此液由兩耳流出或由一耳流出無定.亦有由鼻或從顱頂流出者.由耳流出者乃因顳岩部折.致伴聽神經入內耳道之硬腦膜被撕而致.其正常之液清潔似水.比重一千零五.性畧鹼.內多含鹽化鈉.並蛋白素少許.且畧含葡萄糖性之一質.若和高銅化合物以煮之.則能使之還原爲低銅者也. 當液初出時.其內雜血少許.未幾則血無而液清矣.所出者多少不等.多者至浸其敷料及枕.甚或可於外耳道用試筒以接之.約於受傷後不久液即流出.但速止.然昔有一人於夜間從高牀向後倒.跌其枕骨.隨顯片刻不省人事.後復登牀而臥.至翌朝兩眼全青.仍作工旬日.其時祇覺頭痛.旬日後漸覺其耳亦痛.其痛漸甚.至覺左耳內似物裂開.而痛停止.後則多有腦脊液流出.由此觀之.可知其係顱底折.蓋其液初則藉耳咽管而入咽.厥後耳咽管阻塞.則液屯積於中耳使其覺痛.終則鼓膜裂而液出則痛止矣.

（四）腦組織從耳滑出.然甚罕見.其人或幾乎盡遭死亡.

（五）出顱底之神經受損害.其症狀等可觀前十六章.最多受累者乃面神經之經過面神經管處.既已受傷.其面之癱狀或當時顯出.但多越二三星期始顯.過一月卽瘉.此乃因被骨痂所壓也. 有時耳微聾.因聽神經畧受損傷故也.

豫後 顱底折之豫後.今愈於昔.因在耳道善用防菌法也.若病者不因併發患累腦而亡.則其折處必速連合而瘉.然因神經與血管既受損傷.或被骨痂及新骨所壓.或有後發患.

治法 最可畏者乃諸腦膜受染.故治之者切宜用法阻其出液之受染也.惜其咽之鼻部不能用敷料及防菌藥以理之也.幸而罕見該處有出液之患.故知此處之腦膜受傷者甚少耳.且曾有醫士查明鼻腔上處幾乎無菌. 耳道則不然.故必須用水唧以二十分一之石炭酸溶液輕灌洗之.再以無菌紗一條置於其內.外又用紗墊纏之.若紗墊被濕透.須以乾者易之. 除此治法外.須依治顱受損傷法治之.卽將其髮薙淨用巾蘸涼水以裹其頭.若用涼冰蟠管蟠於頭上更善.初服瀉藥.勿多與飲食.臥於幽靜之室.禁止喧嘩. 若不顯腦受激刺或發炎症狀.（卽脈速頭恒痛眩暈等）.則安臥至一星期.卽可起坐.漸增飲食.惟宜越兩星期始可離床.然宜安靜.必俟四或六星期方可理務也.

（寅）顱骨凹陷折或刺折 Depressed or Punctured Fractures.

此患多累及顱頂.因受直接暴力如跌或重擊.致其骨成爲單純折或哆開折.或因受刺傷致成爲刺折.此二故均可致其骨多粉碎也.

此等凹陷折.或祇傷其顱骨外板.而不傷其內板.有空氣竇處多如此.或板障甚厚者亦然. 如在額竇受傷者.其竇之前壁塌陷.而後壁無恙.有時在顳乳突亦然. 然或有顱骨之外板凹入而不折而內板反折者.此在大人甚少.惟多見於小兒. 在孩童亦有內外板均凹而仍未折者.

此患大都連累顱骨外內二板.若暴力由外而來.則內板受傷較劇於外板.在刺折則尤重(第二百九十四圖).若其力由內而發.如彈子穿入顱內而復出者.則外板受傷較劇於內板. 任暴力由內或外其理由無差別.茲祇論由外來者. (甲)骨內板托之者無多.祇有柔軟之腦及硬腦膜耳.故其折也碎裂甚闊.設有一板.其下無物墊之.試以釘穿過.則其板底之釘眼碎裂必較闊矣. (乙)凡穿骨之物行愈速而傷愈小.其行緩者則反是.如鎗彈穿過顱骨.因其行速故傷口不大.若因穿入顱時被顱骨外板所阻失其行力.則內板受傷必至劇烈. (丙)顱骨外板折時則其碎屑隨入.其形如楔.加大穿入之物體.則傷顱骨內板必較甚. (丁)凡暴力衝激之處.則其力佈散於四圍.故暴力先至顱外板.而內板所受強力之處反闊於外板.

徵狀 顱骨凹陷折之狀不一.有因骨傷所致者.有因腦損而致者.又有因傷爲菌所染而致者.以菌染者爲最重.

若外面有傷.可見其血或腦脊液流出.或腦組織突出.亦可見或捫其骨傷之深淺闊窄及有碎骨否. 若無外面之傷.則顱頂蓋下必有血腫.血腫之大小不等.然多半能埋藏骨折使之不顯. 骨之折形大有關於患者豫後之善否. 若折形向中央漸凹陷者名碟形骨折 saucer fracture. 此傷之療治略易.惟折形陡凹.其折骨與隣骨分離而較低者.謂之槽形折 gutter fracture. 此患之豫後較危也.亦有斜邊及槽形一時並現者. 其折形若何.關乎因何而致及爲何物所損.設顱頂因跌而折.該處之顱頂蓋每有參差不齊之傷口.可由傷口視或捫其凹處.若爲銳器如鶴嘴斧所刺傷.則該處之顱頂蓋只有小孔.與顱骨之孔適對.或其器之尖亦陷於骨內.若爲劍或斧所傷.其傷口儼似刀割.而其顱骨面或成一直溝.或砍斷全骨. 有時顱骨之一處較高於常名爲凸折.其周圍之骨約顯低陷也.

凡鎗彈之傷.見第九章軍醫軍外科篇.

倘係單純陷凹折.其腦或致受震.隨卽被壓.其受壓少半因凹骨多半因血滲出並腦受挫傷而致.倘受壓劇烈.而不設法減輕.其人必速致命. 若骨陷凹不甚.且壓腦之症狀較輕或無或能就痊.惟或有恒久性頭痛,或損傷性癲癇,或神經錯亂之後發患.此因其硬腦膜及大腦外層受激惹所致.若陷入之碎骨激惹運動中樞.則或有驚厥,痙攣,或癱瘓顯出.

至於哆開凹陷折或刺折者.其當時之症狀未必危險.雖有時腦組織凸出.然亦無腦受震之狀.其受傷之處愈小而腦受震之狀愈輕.其故係因暴力在折骨時已被用盡.不能再損腦耳.譬如時表墜落.其面先至地.雖外面玻璃破碎.而內件仍不受損.然玻面若不碎.則其內件恐有損矣.

此等骨折若不善為治理.則其傷必染菌而骨與腦或硬腦膜皆發炎矣. 若骨患膿毒性炎.則碎骨失榮養而死.在傷口底可見已死之碎骨變黃.且炎患循板障漸延而闊.甚至鄰骨壞死或成膿毒血病.或延至骨與硬腦膜之間而成膿腫.

若硬腦膜已破.其炎則延至腦膜.隨起限局性或瀰漫性膿性腦膜炎.或兼致腦組織局部化膿. 若硬腦膜未破.倘有碎骨及膿性滲質刺戟.後或致硬腦膜潰爛. 若傷口內無物阻溢液之出路.可免其液緊張.則炎患僅限於一處.而不致起膿性腦膜炎及腦被壓.然其骨屑若鎖合及凹入.並傷口細小.其炎性滲出質必存積而蔓延.致速顯壓腦之狀.後日或致大腦赫尼亞.

倘受傷後不久卽除去其碎骨.雖不能完全防菌.亦或可望其痊癒.縱硬腦膜扯破.亦未必起腦膜炎.因有腦蜘蛛膜速行粘着以彌補其硬腦膜之缺點也. 若受傷後早用法完全滅菌.且撬起凹折之骨或除去之.豫後尤佳.除腦深處兼有他傷外.或無併發患而漸癒矣.

治法　若謂傷害之凹淺.勿庸探查因恐有險.殊不知探查之危險較未探查之危險猶輕也.夫施手術之目的.對於硬腦膜未受傷者則撬起其凹骨.欲免其利緣激刺該膜也.對於該膜已受傷者則敞開其腦.欲使其自由引流也.施手術之指徵有三:(一)顱骨刺折者.(二)哆開凹陷折者.(三)單純凹陷折者.對於壯年人無論如何宜施手術.對於孩童若係槽形折須施手術.但係斜邊形凹折.若非甚劇須俟其腦症狀顯出始施行.

以上三端.惟壯年單純凹陷折尚待討論.因此類雖未用手術.然自瘉者不少.故可謂在淺凹陷折須俟其症狀顯出始施手術.然須知此類人未經受手術減少其凹形.多致起劇烈之後發患.究之此等手術不爲重大.若用防菌法行之無甚危險.且非用手術以查其傷不能知其顱骨內板折傷之多寡.是以不可不用手術以謀病者之益也.

若已定須施手術.愈速愈妙.在手術之先須薙淨該處之髮而滅其菌.其宜用迷蒙藥與否.宜視受傷者之情形如何.倘病者昏迷不醒則不必用.若稍有知覺須用局部浸潤麻木術.

單純凹陷折者.勿在凹折處割皮.須離患處畧遠.將顱頂蓋翻下.以免後日顱頂蓋之縫痕居骨折處之上也.既將血塊除淨.則凹折之處自見.如有碎骨隨取出之.始有餘地以容撬子入內.若不能容.則用骨鉗剪寬其缺口.倘內無碎骨.可用海氏鋸鋸其骨之一角.倘以上二法均不能用.可用圓鋸鋸其骨之一圓片.

其法即將鋸中之錐置於不陷凹之密骨上愈近凹邊愈妙.以鑽取一圓骨片(第二百九十六圖).如是可容其撬子斜向入內.撬起凹骨.並可查其內板若何矣.除出骨屑時切須手輕免撕裂硬腦膜.若凹骨適居靜脈竇上更宜注意.所鋸除之骨應足敷查明完全傷區爲度.取下之骨宜置於溫鹽液內.或置於翻摺之皮下.保存之以備用.若缺口不大.則不必將骨復回以補之.倘

第二百九十五圖

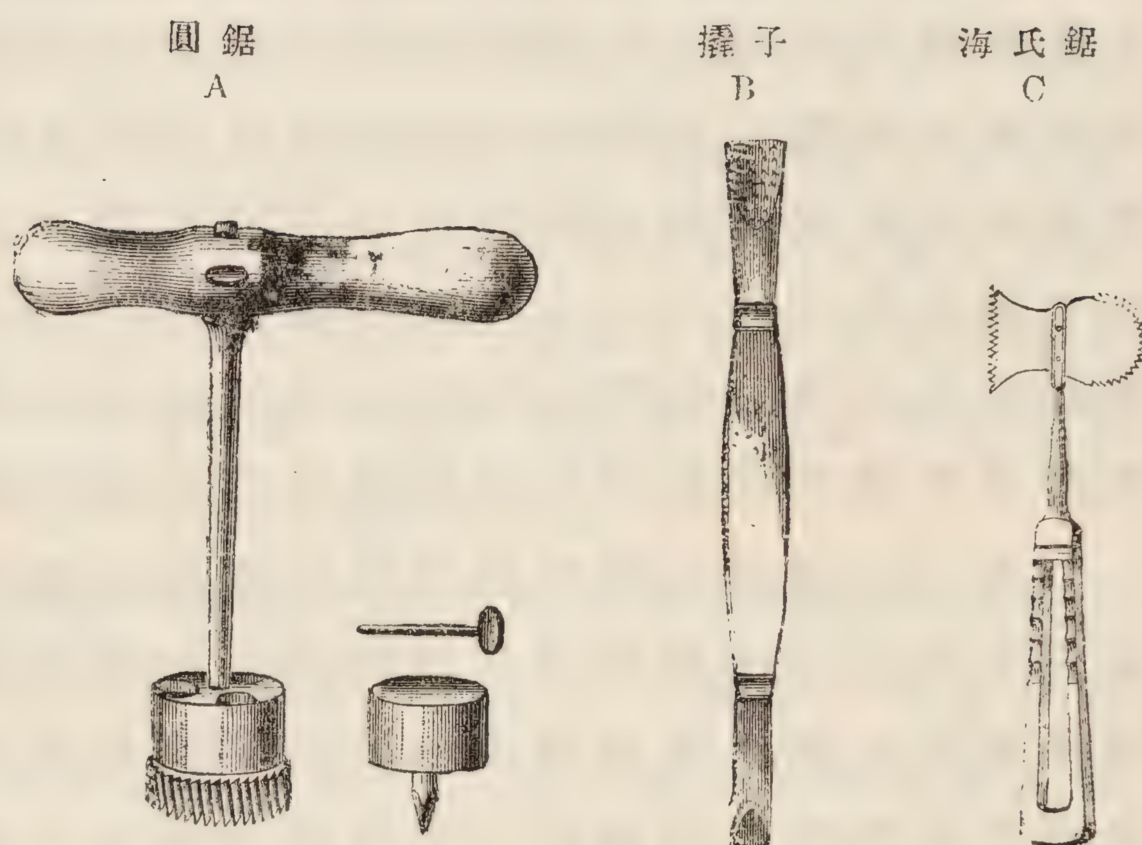


Fig. 295.—INSTRUMENTS USED IN TREPHINING FOR OR ELEVATING A DEPRESSED FRACTURE, INCLUDING TREPHINE, ELEVATOR AND HEY'S SAW

治顱骨凹陷折之手術器具

缺口畧大,則試復回原處爲妙.然復回之原骨必須吻合密切.免其活動.亦或可留一孔以引血液等物流出.倘所除去之碎骨甚小不能回置.則將其骨研至極碎撒在患處.

倘硬腦膜已受傷.一割翻顱頂蓋時或有參雜血之腦組織流出.迨理骨事告竣.若有腦組織突出則須割除.始鬆縫合其硬腦膜. 然此等患多有不應復回其所去之骨塊者.恐阻其腐液自由流出也.倘不能縫合其硬腦膜.則設法免其腦組織與其上之鄰組織粘連.即以脂肪墊夾於硬腦膜與腦之間.

哆開凹陷折者.其治法須視其情況而定.手術前須以X光線攝一影圖.證明有無骨屑陷入腦內及陷入之淺深. 用挪復卡印並腎上腺素以施局部浸潤痲木術最妙.亦可用一氯化氫並氯氣以施吸入迷蒙術.但勿用哥羅芳.

須薙其髮使顱頂蓋潔淨.遂將傷口之皮緣截除.再將顱頂蓋割開一片往下翻之.或將傷口緣割三放射形口翻開三皮片.俾其骨之傷處現露.

倘傷處受染甚劇.則須將受傷之區域完全截除.其法即將傷處周圍用圓鋸鋸成數孔.後將此數孔均鋸之使通連.再將鋸

斷之骨塊與腦膜分離囫圇除出.所除骨塊之大小須足令傷區周圍之腦膜現露半寸寬. 若受染不甚劇.則除出其骨屑.且用骨鉗夾除其傷口緣不齊之骨以開大其缺口已足. 腦膜之傷口須愼處理.倘被撕裂或染汚穢.須謹愼修齊其裂口緣.然截除之部分愈小愈妙.免割斷其有保護性之粘着或傷及大腦血管也.

須輕手探查其腦.且除出所陷入之異物及骨屑.兼可用一一〇度(四十三)之無毒當量溫鹽液灌洗之.以洗出裂解之腦組織.且襄助止血. 倘傷口較大.或可容指抑鑷取出骨屑.然若係小穿傷.須以一導管置入傷洞吸出裂解之腦組織並外物及骨屑.如此行之對於良好之腦組織不致有碍.

厥後須將克羅拉民油溶液 oily solution of dichloramin T 少許注射傷洞.且塗於腦膜傷口之邊緣.遂將腦膜縫合.亦可用排液管或紗條置入傷口.但以僅至腦膜爲度.切勿穿過之.後將皮縫合. 施手術愈周詳則排液愈非重要.若得不排液卽勿用.手術時或大腦出血頗爲繁難.倘不能用止血鑷夾其出血之動脈.須用肌組織或筋膜一小塊遮而壓其出血之點.則可止血.若係較小之刺傷.則可用圓鋸將刺折之區合於鋸口內鋸除骨一圓塊.以便傷區完全現露(第二百九十六圖).

厥後須令病者安臥於牀.用枕稍墊起其頭.照治頭顱損傷之規則行之.有時撬起陷凹之折骨而症狀非必減輕.此因血滲入腦組織內無法達到也.

至於頭顱受傷所致之併發患.其症狀及治法詳見下章.

額竇病 AFFECTIONS OF THE FRONTAL SINUSES

此竇居額骨內.其裏面爲粘膜所襯.與鼻粘膜續連.在小兒則無此竇.因其舒長甚緩.必至成童時始顯.在大人之額竇大小

殊別.且左右兩不相稱.祇觀人之眉弓不足知其竇之深淺闊窄大小.乃賴X光線由後射向前且置照片於線之對面則可查明.兼可查明其竇有無膿或瘤也.用徹照法亦或有益(見第二十八章上頷竇病篇).

額竇前壁折 非罕見.乃因直接暴力所致.其骨塊凹陷.但不累及腦.倘其粘膜破裂.隨即顱頂蓋與面顯氣腫之狀.擤其鼻其腫尤甚. 若係哆開骨折大半化膿.後則起膿性骨炎.致其額骨壞死.倘其折累及竇之後壁.在顱骨下或腦則生膿腫. 竇之前壁有時全壞.致皮下顯局部之氣腫而成恒久之瘤.名爲額氣瘤.然甚罕見之.強呼吸時則瘤亦躍動.顳乳突折時亦或顯同樣氣腫. 治之須以物壓患處.若壓而不痊.則須割開治之.

額竇炎 因鼻卡他,或刺傷,或骨折,或鄰骨有病等所致.

急性炎 多爲卡他性.患者頭前痛.在眉弓上下捫之亦痛.且病者煩悶無神.或週身俱受累而發熱. 果如此則須以溫蒸敷頻敷其額.須吸加猶卡列托及薄荷冰之熱水氣.又須安臥床上.服以合宜之輕瀉劑.

急性化膿 每由外傷而致.甚易延至額骨.致起急性骨髓炎.其炎之延蔓或甚速. 因額竇後壁極薄.故其膿甚易侵及腦膜.或在大腦額葉起膿腫.有時累及海綿竇或他靜脈竇. 治法.須割開其竇而排出其膿.即在眉下處割一彎口將軟組織與骨分離.用蛾眉鑿近正中線處開一孔.足可放出其膿.又須查其通鼻之路如何.或須略開闊之俾其膿流出.連日須以水唧射防菌藥洗淨.尋常所開之孔易於長合.間有孔未盡合仍有瘻在者.

倘不知受累之竇係左或右或均受累.則須在眉中處割一竪口以治之.

倘起急性骨髓炎須速治之.余曾治一起此類炎者.在其眉中處循向眉左右橫割一口.復由髮際下至鼻根竪割一口.於是

將皮片從眉下反摺於上.敞開其竇.完全截除其前壁.並截除額骨若許.直至現露無病之板障.且截除其右竇後壁.則割開一大腦膿腫.雖厥後仍多除出死骨.然至終就痊.

慢性積膿 Chronic Empyema. 或由額竇急性卡他所致.或初係慢性由鼻而延至之. 患此者其鼻中道之前部常有膿.其膿之流出與其頭之位置無關.其頭之前面常痛.以手捫之或有局部之觸痛. 倘篩漏斗閉塞.則膿屯積竇內致其膨脹.且竇壁亦漸薄.(若額竇之粘液多而致膨脹者其狀亦然).倘其壁薄至極點.則有蛋殼破裂之聲矣.因上頜竇入鼻中道之口近於漏斗.故上頜竇常被累及. 治法.非甚險要者勿庸施手術.多有因割治致起急性骨髓炎而死者.宜留意淨理鼻內.須截除其中鼻甲骨之前段.俾額竇之膿易於流出.若有鼻科醫士妙手.可用管探入漏斗以灌洗額竇. 倘施各法治之仍不減輕.或狀更覺增重.則不得不按上法敞開其竇.再以引流管插入從其鼻而出以洗之.如是即可立時縫合其割口.或暫不縫合而用無菌紗塞之.越數日再縫合亦可.

額竇瘤 常見者即粘液囊腫,息肉,及骨密質瘤等.瀰漫性肉瘤或癌亦或累及額竇.但不僅限於該竇也.其要狀額竇膨脹.致前壁退讓而凸前成一大瘤.或竇後壁被蝕而腦受壓.或眶上壁被壓下令眼球脫位或致成盲. 倘其瘤大罕能割除之.由是漸壓其腦而死.有時數塊骨壞死.且因其周圍化膿而分離.經醫士取出.幸不致殞命.

第二十七章

腦及腦膜之病

AFFECTIONS OF THE BRAIN AND ITS MEMBRANES

腦及顱骨之局部學

CRANIO-CEREBRAL TOPOGRAPHY

此學在此處無庸悉述.只論其要理而已.學者若欲詳考之.可閱外科手術學及外科解剖學.

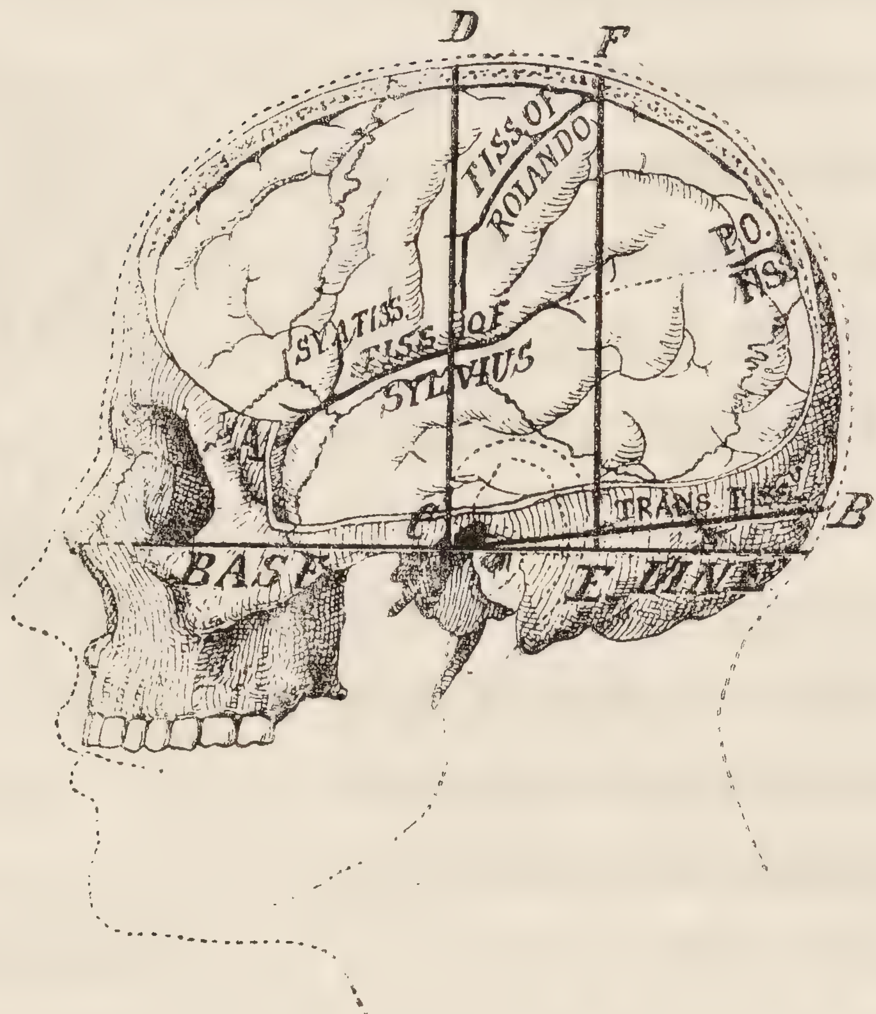
中央溝(額顳罅) Central sulcus or Fissure of Rolando. 按腦局部學而定其地位.其法如下: (一) 溝之上端適對額鼻縫與枕外粗隆間之中點後一糎處.此溝斜向下前與正中線成六十七度角.若欲指明此溝.可依下法測量之.用信紙一頁.將紙之橫邊循正中線置於顱頂.且將紙邊之中點置於該溝之上端.於是將紙前半摺至方形則與正中線成四十五度之角.再將紙之四十五度角復摺一半則與正中線約成六十七度角.此紙之斜形摺邊恰對其溝之方向.其溝之長即三零八分之三吋 (八糎). (二) 更有一量法.惟不及上法之準確.其法以李德氏基底線 Reid's base line 測量之.此線由眶下緣經過外耳道中點至枕外粗隆畧下處(第二百九十七圖).於基底線上畫二豎線.前豎線(CD)由外耳道前之凹處畫上.後豎線(EF)由顳乳突後緣上至顱正中線.中央溝即從後豎線之上端至前豎線與大腦外側裂交乂處.

大腦外側裂(顳罅) Fissure of Sylvius. 覓其位置厥有三法.(一) 即從顴弓之上.額骨顴突之後(見圖 A) 一零四分之一吋

處畫一線.至頂結節最凸處之下五分之三吋處止.此線四分之三吋長之前段卽該裂未分枝之段.由此段之後端起其前枝豎向上長有一吋.其後枝仍循該線向後.若延長該線至顱頂之正中線.卽恰在頂枕裂(P.O.FISS)也.然細心考察以上所言.究不足恃.

(二)卽夏氏 Hare 譚氏 Thane 二君之法.在成人之顱骨大約用此法爲準.蓋欲覓大腦外側裂分枝之點 Sylvian point. 須由額顴縫起向後橫畫一長三十五粍之線.由此線之尾端向上豎畫一長十二粍之線.此豎線之尾端卽此分枝點也.若畫一線由額顴縫起.經過該分枝點至頂結節之下.卽外側裂之後枝. 頂枕裂之位置.適對人字縫 lambda 之頂.

第二百九十七圖



此圖表明用李德氏法覓中央溝及大腦外側裂

A 額骨顴突 | B 枕外粗隆
EF 後豎線經過顳乳突後緣 | CD 前豎線居外耳道前
POFISS 頂枕裂 | SYAFISS 大腦外側裂前枝

FISSURE OF SYLVIUS 大腦外側裂 | FISSURE OF ROLANDO 中央溝

Fig. 297.—DIAGRAM OF HEAD TO INDICATE METHOD OF FINDING THE FISSURES OF ROLANDO AND SYLVIUS BY REID'S METHOD

SYAFISS. Anterior branch of Sylvian fissure; POFISS. Parito-occipital fissure; TRANS FISS. transverse fissure along line of tentorium; A, External angular process of frontal bone; B, Occipital protuberance; CD, Anterior perpendicular in front of tragus; EF, Posterior perpendicular through back of mastoid process.

（三）克倫來印氏法 Krönlein（第二百九十八圖）指明中央溝及大腦外側裂之位置.較他法畧便於用.即繞頭顱畫二橫線.下一線(AB)經過眶下緣及外耳道之上緣.上一線(CD)經過眶上緣.與下線平行.又由下線向上畫三豎線.前豎線由顴弓中點起.中豎線由下頜髁狀突起.後豎線由顳乳突後緣起直至顱正中線(R).前者至上横線處(S).又由R至S畫一斜連線.其中線畫至與斜線相遇爲止(R).再由RSD所成之角畫一線分爲兩半.此線(SS')乃指明大腦外側裂之後枝.R與R'之連線乃指明中央溝也.

第二百九十八圖

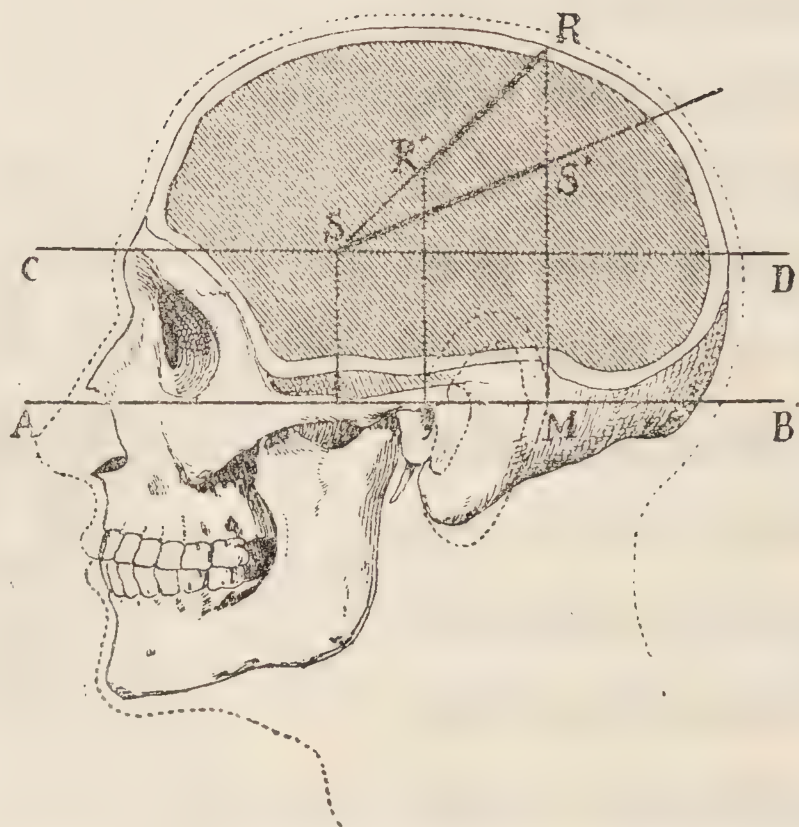


Fig. 298.—KRÖNLEIN'S METHOD OF LOCATING THE FISSURE OF ROLANDO (RR') AND THE P STERIOR LIMB OF THE FISSURE OF SYLVIUS (SS')

克倫來印氏法乃指明中央溝(RR')及腦大外側裂之後枝(SS')

開顱術 METHODS OF OPENING THE CRANIUM

昔人開顱之器具祗一圓鋸(冠狀鋸) trephine. 今旣多悉腦患.且甚知防菌之法.故開顱之術多而且妙.

（甲）治顱骨傷害而不必大顯露其腦以察者.即用此圓鋸術足矣.今之圓鋸式.其柄以金類爲之.取其易於滅菌也.鋸口緣外直垂而內坡斜.免其入顱過速致傷硬腦膜.將顱頂蓋割一底向下之馬蹄形口.翻皮片往下.如此可保存血之供給.其出血甚多.然可用特鑷夾其血管.或用橡皮帶緊纏於顱底以止之. 隨

將顱骨膜剝離其骨.即將鋸中之錐安妥徐徐施行. 迨至鋸成一顯然之圓溝.則卸下其錐而仍鋸之至多有血出.乃表明已達板障. 切須小心免傷硬腦膜.鋸時當頻以針探其鋸透否.在骨之厚薄不同處及靜脈竇處尤宜如此. 所鋸之圓骨片用撬子取出. 取出時若板障多出血.須以有力之鉗夾碎.或用何司雷氏蠟 Horsley's wax (卽石炭酸一分油二分蠟七分造成者).塞其出血處. 若所開之孔不足大.須用海氏鋸或骨鉗開闊之.用圓端電鑽以代鋸尤妙.因其不致傷硬腦膜也.

(乙) 大凡腦膿腫多有不必用圓鋸開之者.因此患須先敞開其病竈.如在顳乳突膿性炎或額竇積膿等.後用蛾眉鑿 gouge 開取其骨則直至顱腔矣. 對於治療數種凹陷骨折亦照法開顱腔. 旣開其孔而欲闊大之用骨鉗可矣.亦有醫士對於開無恙之顱骨仍視蛾眉鑿較優於圓鋸.

(丙) 對於解壓迫或截除腦瘤二手術.須大顯露其腦者.若腦有瘤厥有數法: (子) 有醫士用二吋寬之圓鋸以開之.惟骨之厚薄不同.則其鋸溝之淺深難得一律故不便用.

(丑) 若所取之骨片不必置回.宜先以小圓鋸開之.後再用骨鉗開闊之可也.

(寅) 近今多用洼革納氏 Wagner 骨成形術(骨修補術).此術乃將顱頂蓋與其下之骨一併翻下.露出其硬腦膜.有外科士喜用木槌擊鑿循顱頂蓋之割口鑿開其骨.但以此法爲之必須妙手.不然則恐腦受震矣. 亦有用輪鋸開之者.最便乃在顱欲翻開處之四角先鑽四孔.後用海氏鋸或基革利氏鋸 Gigli's saw (其鋸卽琴之鋼絃繞以螺齒兩端可安以柄).先以探針從此孔下探過至彼孔引過鋼絃而鋸之.或以骨鉗夾開左右兩側.其上側則用海氏鋸斜鋸之.其下側則用基革利氏鋸鋸之.如此則上側之骨邊斜而非垂直.迨置回此骨時免其骨陷入顱內也. 夫

施此術其險非小.因甚有出血及休克之虞.須先施此開顱術.俟一星期或十日之久.再治其腦內之病可也.

顱骨成形術(卽修補術) Cranioplasty. 致顱骨有局部之缺點.其原因頗多(見五百九十五面).施手術治療之目的有二:(一)免腦因顱骨有缺點致偶受外來暴力之危險.(二)為治療顱內粘着所致之弊.如恒久性頭痛及癲癇等.對於此施手術恐亦須料理其腦.見本章下文.

(甲)若令病者戴一金屬片.固定以橡皮帶.雖可畧保護其缺點.然不雅觀.且非醫家之妙法.

(乙)亦可用線或釘固定一金屬片於缺點處.然恐有瘢痕織發生於片與硬腦膜間之空隙處.且不能成全硬腦膜與缺口緣分離之要例.

(丙)此等缺點最要須將硬腦膜與缺口緣分離一糎之遠.其手術卽將顱頂蓋一片翻摺以露其缺口.但對於皮與硬腦膜間之瘢痕織須謹愼剖離.遂將硬腦膜與缺口緣愼於刮離.一刮離則硬腦膜卽凹陷.而腦之搏動大顯.

處理缺點之方法有三:(甲)備一顱骨外板帶骨膜之接植片.其大小及形式與缺口等.在缺口兩端並片之兩端各鑽二孔.則用褥縫術補而固定之.後將顱頂蓋所翻之皮片縫合.但勿用排液管.(乙)亦可從脛骨皮下面或髂背取一帶骨膜之接植片.以代顱骨外板片.其固定法同.任用何片須先用器具將缺口緣修成坡形免片陷入.其結果均甚佳.非但能成甚堅之顱骨.且頭痛全退.

(丙)另有一簡易之法.卽將肋軟骨數塊移補其缺點.按上述之理須先將硬腦膜與缺口緣分離.遂將第七八肋軟骨剖露取出較缺點稍長之一二條.植於硬膜與顱骨之間.大抵日後仍

為軟骨而不改變.且可免硬腦膜復粘連於顱骨.其效果固佳.然雖減退其腦之症狀.而不能作護腦可恃之保障.

腰脊刺術與腦病之關係

LUMBAR PUNCTURE IN CEREBRAL LESIONS

近今對於顱及顱內之病.多用此刺術以取腦脊液.因於診斷及治療甚有價值也.

取此液之法不難.係以粗而堅之注射針.煑之以消其毒.並於第三四五腰椎間處之皮料理清潔(須記第四腰椎棘突恰與左右髂嵴最高點之連線平齊). 病者躺或坐俱可.但必大彎其腰.其針尖由第四五腰椎間處刺入.或在正中線.或距正中線左或右三分之一吋.其刺針之方向須向前而畧上.平常必於脊髓止端之下直入脊管.其液卽隨之而出. 若刺入之針被骨所阻.須畧拔出改其方向再刺之.倘仍不能入.則試從第三四腰椎間處刺入. 其所出之液平常乃滴滴而出.倘液之壓力較大或致湧出.

正常之腦脊液清而似水.畧有鹻性.比重為一〇〇六至一〇〇八.微含血球蛋白(又名腈腥)(不過百分之·〇二五).且含能將高銅化合物還原為低銅化合物之一種質.亦或含淋巴球少許. 成人之健全者.有液一百至一百三十西西.若有通暢之出路.如顱骨折等.其液增生甚易.而流出甚多. 大約原從腦脈絡叢 choroid plexus 分泌而被靜脈竇所吸收.不但大腦及脊髓被其環繞.亦含於腦室內.且通大腦外層及周圍神經之淋巴管.

在急性腦脊膜炎 Acute meningitis 除結核桿菌所致者外.其液濁而多含蛋白素.且有細胞若許.最多係多核白血球.若用合宜之染色法或培養法.或可查出其所含之菌. 在結核性腦脊膜炎.其液幾盡清.且所含之蛋白素與淋巴球較多於常.其結核

菌在液中罕能尋見. 無論何種腦脊膜炎.其液之壓力增加.故從刺針噴出. 在大腦膿腫及橫竇血栓形成.其液與常無異.但壓力或甚大. 在大腦瘤者見下文. 在顱底或脊柱折.或腦面受傷或顱內出血等.越數小時其液內有血.摻合甚勻.

此刺術多以爲診斷之用.其療病之價値尚未發明.蓋在多數患腦脊膜炎者其昏迷強半因此液過多.用此術放出其多餘者.則可減輕其症狀.故此術之價値.多關乎能否減輕其腦脊液之壓力.其能否減輕壓力.又關乎腦脊膜粘着物之性質及位置何如.職是之故.用此刺術仍未能决其必有利益.因無法能知有無粘着物也.然因此術易施.故對於一般患腦脊膜炎者.應常用之望其或有效果. 在腦受傷者.若不甚重.且液之壓力亦不甚劇.用此術或有益. 在腦生瘤者.此術宜謹愼用之.曾有放出少許之液.致腦底被壓更甚而傾命者.

亦有隨放液注射藥液於脊管者.如在破傷風則注射抗破傷風血清或硫酸鎂溶液.及在酒狂者注射溴化鈉等. 又在副梅毒 para-syphilitic 之神經系病.雖用全身療法而腦脊液仍顯乏色曼陽性反應者.曾有人試用此射藥液法治療之或注射合薩耳伐散之血清.或先注射薩耳乏散於本身靜脈而後取血製備血清以注射之.或注射昇汞溶液.然此等效果均不甚佳.

頭顱受傷所致之腦病

GENERAL CONDITION OF BRAIN AFTER HEAD INJURIES

腦受震 Concussion of Brain. 此由於顱受傷致腦組織震盪.或兼有出血而腦多寡必暫停其作用.其受震之狀輕重不同.輕則暫眩暈而靈覺錯亂.重至完全不省人事.與休克甚似而難以鑒別.

迨死後剖驗之亦與休克無異.卽肺並腹屬內藏及心右部均充血.檢查其腦則見各有輕重不等之損害.致有點形瘀斑.重則結構紊亂或裂解.　其症狀.不敢確定其爲傷所致.亦不敢謂迷走神經受反射之戟刺所致.因所顯之症狀與其受傷之輕重不相符也.然近有人謂或係顱骨被擊而暫凹進.驟將腦脊液逼至第四腦室以戟刺繩狀體也.此液約由腦側室忽被逼出.循大腦導管至第四腦室.因曾有人用法試驗.則見第四腦室頂已破.其底已受挫傷.或大腦導管已被撕裂也.此處受害而顯狀如是之甚者.因第四腦室底有數生命中樞也.

症狀　輕重不同.受震重者約完全不省人事.雖然如此.若大聲呼喚亦能令其醒覺.平常患者仰臥.肌鬆而柔.眼瞼閉合.結合膜無感覺.瞳孔大小不定.惟左右相稱.強半係縮小.然其光反應仍存.傷重者瞳孔開大.無光反應.　全身皮色白而涼.且有冷汗.呼吸緩而淺.常發嘆氣.脈速而弱.按之如無.體溫過低.括約肌弛緩.或致便溺自遺.　傷輕者雖諸反應均存在.然無力.若傷較重.則反應或無矣.

此等情形爲時可久.其不省人事之狀隨漸加重.以致死亡.亦有顯腦炎或被壓或被戟刺之狀者.若傷輕不久則恢復矣.大抵病者已安臥床上.以熱物暖其手足.其恢復之初狀係呼吸及脈數略增.或能自道其姓名與住址.有時自行輾轉.或能將其被牽覆面上如覺冷然.此因其皮貧血也.　厥後漸有知覺.其靈心與身體之作用漸次復初.迨作嘔後恢復大有進步.其作嘔之故.乃因其腦先則貧血.至此則充血矣.　越數日或有頭痛.體溫稍高.不久則漸輕而瘉矣.惟有時腦易受惹.故須令其日久安息.然有時所遺之後發患.可表明所受之傷較當時所指徵者重.蓋腦受震之後發患.如記憶或聽或視之特官能有缺或全無.又如失識地名,識人名,識時日之官能.或言語有弊如口吃,或視力疲

勞等.如此者.厥後若使之任何要事.其靈心或顯不穩.甚或顯幻想性精神錯亂,或憂鬱病等.亦有神經衰弱而不能任事者. 凡較重者於受傷時之景況全不記憶.又有於受傷時前後數日或二三星期之事不記憶者.此二星期之間雖有片刻清醒.然仍不能記憶也. 但此等腦受震之後發患.有若許屬官能病.可用感應療法治之.

治法 與治休克甚似(見一百八十五面).宜安臥於床.畧低其頭.使其溫煖.若病者清醒可使之飲熱茶.不必定施興奮劑.免其腦出血.可用熱咖啡灌入直腸內.若病勢瀕危則須灌酒.或注射番木鼈素於皮下. 若病者非甚危.則於復省之後宜服瀉藥.即甘汞五厘 (0.3 gm) 或巴豆油一二滴滴於沙糖上服之.若甚危.雖至不省人事亦須服之. 宜安臥於床至少十日或二星期之久.雖自覺痊癒.亦須免受戟刺或罣慮.節制飲食.通暢大便.亦勿令人喧擾.

倘患者不醒人事甚久及無顱骨折之症狀顯出.用腰脊刺術甚有益.若刺術無效.可薙淨其髮.戴以冰帽或涼水蟠管.又按時令其大小便.所臥之房宜暗靜.看護者須柔聲輕步.飲食宜足.若能自食.則以羹匙喂之.倘不能用羹匙.則須用灌腸滋養劑.或用喂管由其鼻灌入.

大腦過敏 Cerebral Irritation. 大腦過敏卽隨腦受震而起之臨診狀況.其特狀卽意志過敏及身體易受戟刺也.平常多因被擊或跌倒時其顳或額或枕先碰地.而其腦之額部之淺面被撕裂及瘀期之充血所致.

症狀 其狀特殊而易見.平常在損傷後二三日顯出.或較此略早.病者側臥時身全屈,背後凸,雙腿上屈至貼於腹,且膝亦屈,其手與臂交貼於胸.躺臥不安.時行輾轉.然總不舒伸而仰臥.二目緊閉愈使之開而愈閉.瞳孔縮小.體溫稍高於常.惟全身

及頭之表面俱涼.脈搏平和而弱.括約肌如常.然有時在牀上行大小便.有時須用導尿管放之.患輕者或起牀行小便.便畢即復臥. 病者非不醒人事.惟不理外界之事.易怒至極.設有人擾之則切齒攢眉謾罵而忿恨.並示其不欲人擾也. 越數日或一二星期後大有轉機.易怒狀減少.始畧舒伸.其脈搏與體溫亦皆畧佳. 有時靈心漸變.所有之性情儼如小兒.凡人物之名須復行指教.亦有時喜談其損傷之經過.但所談者日各不同.然強半對於受傷之事實概皆遺忘. 平常其腦遲早恢復.然大約有劇烈之後發患.如慢性腦膜炎或思想錯亂等.

治法 須令其安靜勿喧擾之.且與以易消化之食品.其頭勿須過低.薙淨其髮.若病者容用涼水蟠管.則妥置於頭上.倘不能持續恒用.則不如不用之為愈.又須常利其大便.服以溴化物之小劑量或鴉片或有益. 倘顯腦膜炎症狀.即體溫與脈搏加增,頭熱,睡臥不寧等.則於頭之局部敷起皰藥或置水蛭.兼服汞劑可矣.

腦受壓 Compression of the Brain. 係顱內遇過大之壓力以致阻腦之官能也.壓患初起時若腦脊液由顱移至脊管.或被吸收於各處.則其症狀或能少減.但壓力愈加腦患越甚.始則腦外層之中樞受累.後則累至延髓. 其壓力加增之結果.係先興奮而後癱瘓也. 若壓患因損傷所致.其原因有四: (一) 因骨凹陷或有外物.如此者先有腦受震之症狀.漸則直接變為受壓之症狀.而無省人事之間期.此症狀多因同時血滲出因顱骨損傷也. (二) 因血滲於顱骨內,或腦膜外,或腦面,或腦內.在腦膜外者.於受震之後受壓之前或間有省人事之片刻.在腦內者.則受壓之症狀立時顯出. (三) 因起急性瀰漫性水腫.詳論於下. (四) 因積炎液或膿.然必先有發炎症狀.其受壓之狀最速必俟三日始現或延至一二星期. 此外又有因自出血,腫瘤,樹膠樣腫,膿腫等所致者.

症狀 其狀與昏迷者相似.病者仰臥.毫不醒人事.大聲呼喚或搖動亦不醒覺. 呼吸遲緩而費力及發鼾息.呼氣時脣凸而頰鼓.其所以發鼾息者.因軟腭癱瘓也.呼氣鼓頰者因面肌癱瘓也. 至晚期則呼吸不規則.且變成切斯妥氏呼吸.呼吸漸至淺而難.終則停止而殞命. 脈搏初則緩而洪.此因居延髓之血管舒縮中樞及迷走神經被戟刺也.厥後變速而亂.因該中樞被壓漸甚致其耗竭也. 皮面或涼或熱或出汗. 溫度亦無定.大約初期較低.晚期較高.臨死時或甚顯過熱.倘只壓其腦之一側.則其體溫兩側或不同. 瞳孔開大.以燈光照之無光反應.其大小關乎腦之何處被壓及壓力之輕重而異.若大腦之各處皆受壓.初則兩瞳孔俱顯縮小.後漸開大.而失其光反應.然若大腦此側受壓較重於彼側.則此側之瞳孔初縮小而後開大之經過甚速.然彼側者較遲.故常見其瞳孔之縮開及光反應左右各不同也. 至末期全體顯癱瘓.然早期若傷在一側.則其癱瘓狀或左右不同.設傷在左半腦.則右側肌已患癱瘓.而左側肌於大腦興奮時仍能回應. 若受壓限於大腦運動區之一局部.該局部所司之肌或顯搐搦. 膀胱被癱致尿瀦溜.同時肛門括約肌弛緩而大便自遺.然強半大便甚爲秘結.

亦有症狀初起時其頭甚痛者.一方面因硬腦膜被壓而撕開.一方面因腦血循環異常也.按人之腦組織原無感覺.故其覺痛之處非必在其受傷損及受壓處也. 其症狀如何.自依受壓之原因而異.且其病之經過.亦自視所壓之物能否取出或能否自被吸收而有差別.

診斷 腦受壓與昏迷之鑒別.若知其完全病歷則不難.有時病者之臨診症狀顯然爲腦受壓所致.然若路遇一昏迷之人.既無病歷可稽.又無劇烈之腦傷損.如此則鑒別殊難.因昏迷者之原因甚多也如下:(一)腦損害.如因出血或栓子或血栓形

成所起之中風.或因癲癇所起之驚厥.或因腦腫瘤或膿腫所起之急性瀰漫性水腫等. (二)有數種毒質亦能令人昏迷.其由外而入者如酒,鴉片,或他類痲醉藥等.其由身內發生者如尿毒或糖尿病等. (三)中暑或中寒均能令人昏迷.其中寒者診斷較易.如病者身涼,面白,腦力虛脫等.至於中暑或不能立時診斷. (四)須記昏迷者或有上述之原因二或三同至.如有一醉人跌而折其顱骨.嗅之有酒氣.往往令醫士誤行診斷.

由此觀之.爲醫者切須小心檢查.始能確知其昏迷因何而致.蓋尋常多有不能當時即行診斷者.因此凡遇醉人跌倒.宜命人愼爲看護.勿即牽至警廳而拘囚之也.

醫士當檢查病時所宜留心者有五: (一)注意病者之環境.察有血或嘔出之物在其身旁否.又查其傾跌處之軟硬及其臥式如何. (二)須查其昏迷之輕重.倘能醒覺則詢其何因而致. (三)須留心查其全身之情形.先查其顱骨有折否.並查其皮温度與脈搏及呼吸何如.又須查其舌有咬嚙否.因昏迷由癲癇致者間或有此.且須嗅其口有酒臭否但不可因有酒臭即定其確係中酒.恐受傷後或有人以酒救濟之也. 更須查其瞳孔何如.每足以資診斷.蓋因一般鴉片中毒者其瞳孔縮小而左右相稱.橋腦出血者亦然.至於因中酒而昏迷者.其瞳孔開大直視而不動.然此等之瞳孔各人或不相同. 又須查其身之諸反應如何.倘身之兩側不同.乃表明其大腦一側受傷矣. 又須用放尿管以放尿.查其有糖及蛋白素否. (四)如疑其因醉或服毒者.愈須將食物抽出以空其胃.且洗淨之. (五)倘仍不能鑒定.則須令病者安臥於牀.命人小心看護之.

治法 宜查明其病原而除之.若其病原係凹陷骨折或外物.則須立施手術.有膿屯積者宜放之.有血塊者宜取出之. 倘無上述之病原可除.且若施腰脊刺術仍不減輕.只可命病者安

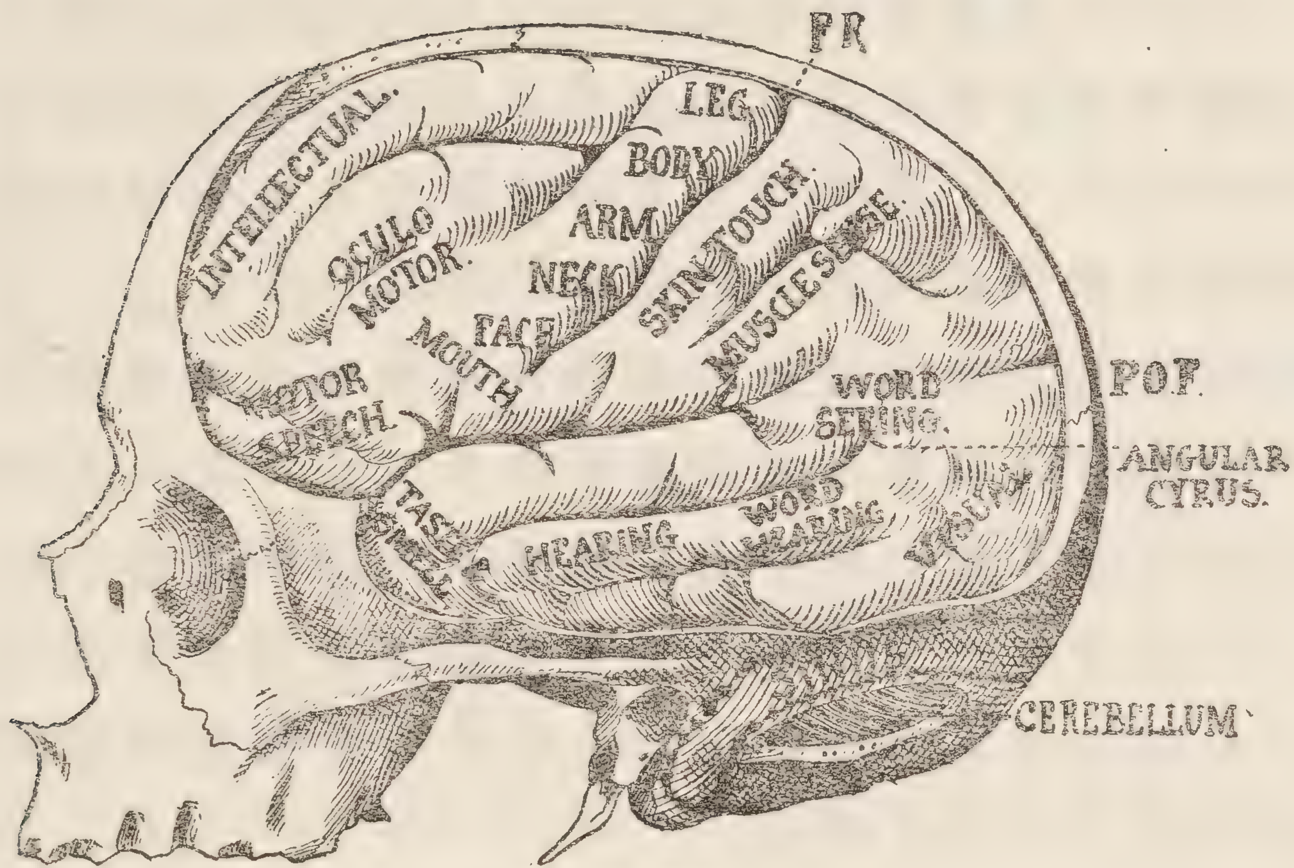
臥.令其頭略低而以法涼之.並宜令其居於幽暗之室.勿稍喧擾.宜利其大便.(如用巴豆油滴於沙糖上製丸服之或用灌腸劑).且用導尿管使其膀胱空虛. 若不能從胃入食物.則用肛飼法.倘其呼吸困難.或脈壓大,或皮發紺.則須施刺靜脈放血術. 若舌後縮致阻呼吸.如用迷蒙藥過甚然.則須側其頭而牽其舌向前.

腦撕裂 Laceration of Brain. 頭顱受傷常見之併發患.即其腦組織與腦膜多被累.且最劇烈之結果係因此而致.夫腦撕裂之故不一.其症狀亦各異.最要乃注意其通於外非通於外之區別.

(一)腦之不穿入創傷 Non-penetrating Wounds. 此傷因受重擊或跌落所致.同時顱骨折裂或凹陷無定.然最劇烈之腦症狀.強半在骨折之損傷.蓋骨凹陷折者最受挫傷或撕裂傷之區適在凹折處之下.然骨不凹陷折者.其腦最劇烈之損害強半居於對側.而其直接受傷之區不過略顯挫傷而已. 昔有一人患癲癇病.其發作時跌於石上而碰其左枕部.以致傾命.後經剖檢.則見該處之骨裂折.左枕腦回略有挫傷.而右側之大腦額葉前份反大受挫傷而至裂解.此因其暴力直接過腦而波及其顱骨之對處.故對側之腦受傷尤重也. 然若係偶然被擊.如遠來而行力將盡之槍彈中人頭部.不過僅被擊處之腦有挫傷耳.

病理解剖 腦受傷害.其當時之狀不一.或只在表面或在灰白質內有挫傷而現數點瘀斑.或其腦面之淺層完全碎裂.且有血塊攙雜其中.或腦組織破裂而有血塊粘着.或延入蜘蛛膜下腔抑腦側室.然入腦側室者甚罕見. 其傷後之狀.若傷處不通於外面.強半爲發炎或變性之狀.傷後約片時即有液滲出.致腦組織水腫.或可倏而消退.惟受傷較劇者則漸成瀰漫性水腫.此因腫組織壓其軟腦膜內之淺靜脈致阻其血之運行也.於是滲液愈多而腫愈甚.竟至壓及全腦致速殞命.如此者.其腦之

第二百九十九圖



大腦外質各部之官能

FR 中央溝　　　POF 頂枕裂

Fig 299.—DIAGRAM REPRESENTING THE FUNCTIONS OF THE CEREBRAL CORTEX
FR Fissure of Rolando (Sulcus centralis) POF Parieto-occipital Fissure

大半腫而光亮.腦傷處之色黃紅.且有數瘀點散在其中. 厥後腦組織因其血之運行被騷擾而壞變也.由是則有黃色似瓤之軟塊.可以水冲去. 塊內含脂肪珠及粒狀細胞並腦纖維之碎屑.名黃色腦軟化 yellow softening. 倘軟塊不大.則可漸被吸收而成爲瘢痕.或能痊癒.若軟塊較大.累及腦之重要中樞.則人必死或成痲痺. 若腦已被撕裂而癒.該處則成凹形之堅瘢.其瘢與腦膜相貼.並有稜形血晶 hematoidin crystals 在其內.滲出之血或機化爲棕色薄片與軟腦膜相貼.或成蜘蛛膜囊腫.

臨診之病歷　其狀關乎傷在何處及輕重而異. 若腦受震而恢復較遲.醫士必疑其腦內或有挫傷或撕裂傷也.較輕者當其恢復期約先顯嘔吐.而後體温即升至百度(三十七・八)數日之久.斯時病者云.頭之某處疼痛.若以合宜之法治療.其痛能癒.惟感覺或腦之官能略缺耳.

較重者因有血滲出故所顯之症狀不一.逾二十四小時或四十八小時始顯.若當時顯腦受壓之狀而無片時清醒.可知其顱骨必有凹陷折傷.或腦內有劇烈之血滲出.然若受傷後先清醒片時始起腦受壓之狀.可疑其硬腦膜外出血.係由腦膜動脈或靜脈竇而來.抑或因腦患急性瀰漫性水腫而致.

苟有血滲入腦外層.則顯刺戟性或癱瘓性之狀.視其大腦外層何處被累而異.昏迷之輕重.則關乎其血滲出之多少.

若傷在額上回及額中回二處.則不顯運動感覺之症狀.惟腦過敏且後致癡愚.若累及左側尤然.苟係常用右手之人.則傷損大腦右額葉無甚要礙.由此觀之.似乎人之覺悟智慧限於腦之一側.儼若言語之官能然.

傷在左額下回者.則顯運動性失語病.卽語不達意之言也.此係常用右手者則然.至於常用左手者若傷其右額下回亦然.任用左手或右手者.若其本則受傷均無恙.蓋凡受傷損無論左右祇在一側者.則其對側漸能代其傷側之作用也.

若血滲入運動區.則該區所司之肌現局部搐搦或癱瘓.乃關乎所滲入之血之多少.若滲入之血進行.其搐搦或先發現於當時之癱瘓處.而遞次延及身之他處.譬如血滲入大腦左側外層司面肌之運動區.則面之右側癱瘓.其搐搦從此起遞次延至本側之頸,臂,腿等.後累及對側之腿,臂,半頭等.卒則累及全身.如癲癇發作然.每搐搦一過其癱瘓處遂較闊.

有時欲將腦外層出血與軟腦膜某靜脈破裂而血出於蜘蛛膜下腔及大腦面者鑒別之.洵爲不易.然由此靜脈者症狀較早.癱瘓較輕.搐搦雖或較闊.然多無規則.

若頭及眼之運動區有戟刺之損害.則兩眼同偏向對側.若受破裂之傷.則兩眼同偏向傷側.

若傷在一側枕葉.則暫顯同側偏盲.然除角回全破壞外.則不致恒久成盲.若該回受損害則視力必恒有缺.

若傷在顳上回.則失其聽覺.因該處有聽覺中樞也. 至於顳葉前部之海馬回鉤.乃爲嗅覺之中樞也.

若放線冠(腦帚形徑)受傷.其上之大腦外層所司之肌則癱瘓.惟無驚厥或他刺戟之狀.若腦紋狀體或內囊(豆結內徑)被撕裂或受出血之累.必速昏迷.同時顯偏癱(半身不遂)或偏身麻木. 有時所滲出之血崩入腦側室.致體温忽升.甚至其熱漸升而無救直至傾命.且其脈甚速而弱.呼吸次數甚加增.一分鐘有四十至六十次之不等.

若小腦受傷.則有眩暈,共濟失調,眼球震顫,搖動如酒醉.若祇一側受傷則向本側跌倒.

若大腦脚受傷.則其對側顯偏癱.且該側略失感覺.傷側之動眼神經亦受累而全癱.

若橋腦有撕裂或挫傷.倘不立卽死亡.則其身之對側麻痺.且傷側第五六七及九神經皆癱.此名爲交义性麻痺 crossed paralysis. 瞳孔或亦甚縮小.

若在延髓受傷.多有致命者.若不致命.則其呼吸及血循環等中樞之官能被騷擾.且或顯切斯妥氏呼吸及糖尿病.

大腦脊髓束之徵狀 Pyramidal signs. (錐體束或鏃形徑之徵狀). 運動之興奮從大腦之運動區傳至肌多藉大腦脊髓束 cerebro-spinal fasiculus. 該束之纖維起從大腦運動細胞.經過放線冠而集合於內囊.再經過大腦脚並橋腦及延髓.厥後則過對側.而止於脊髓前柱細胞. 若該束之大腦部受傷.則顯輕重不等之偏癱.輕者祇爲輕癱.重者則全癱. 初則患側釋緩.迨一星期或十日則反變爲痙攣.而有上肢屈下肢伸之趨勢. 患側之深反射大概加增.惟淺反射之改變甚有意義.卽其蹠顯伸肌性反射(巴彬斯奇氏徵 Babinski sign). 至於其腹反射或減少或全無.

大腦撕裂之結果 各有不同.有人受傷後日久不醒人事.至終痊癒.然亦有多寡顯虧力者.以致才能不如昔日. 體溫與上所述腦受震後恢復期之前數日所顯之發熱症狀相似.或漸變成傷區亞急性或慢性炎之狀如頭痛等.如此者則炎之滲出質或甚多.經四五日致不省人事. 間有於腦白質之深處生膿腫者.若然則於受傷後十日或十數日即有膿腫症狀顯出.若腦與腦膜相粘成瘢.日久則恐發損傷性癲癇或神經錯亂(見下).

治法 治此患常令醫士罣懷.對於強半病者不過用症狀療法.照腦受震,受壓,受刺戟,等治之而已(已論於上).若骨有凹陷折傷.可以手術治之. 倘早現搐搦及癱瘓狀.則須細心考究.以定其出血之地點.緣或可在傷區施圓鋸術除淨其血塊或將出血之動脈縛住.但醫士雖曾施此術.而結局佳者甚屬寥寥.若在晚期發搐搦及癱瘓乃因炎而致.則須薙淨其髮.戴以冰帽.或施腰脊刺術. 若其脈洪硬.苟少壯無他病.不妨施以靜脈切開放血術.且服瀉藥如巴豆油以通其大便.並宜服大劑量溴化物. 如此治療若仍顯搐搦.且愈久愈甚而闊.恐因昏迷而死.故宜在傷區施圓鋸術.若有血塊即可除去.無則猶可施解壓迫手術.

有時行顳肌下解壓迫手術 Subtemporal decompression 有益.如病者腦受震後而醒覺仍顯易受戟刺性.且在半昏半醒之間.時而不寧.時而昏迷.思想錯亂.身體之官能亦然.對於此等人有時施腰脊刺術有益.然或病者甚不安靜.非施全身痲術不可.且頻刺之則有損. 如此若無鑒定患區之症狀.宜將顳肌割開翻下.遂在該肌下大開其顱骨.前後開較妙於上下開.遂將硬腦膜割開. 開硬腦膜之先多不能捫得腦之搏動.然開時有腦脊液隨之而出.而腦立時搏動如常. 遂將硬腦膜割成片而翻開.縫

而固定之.使顳肌復原位而縫定.再將皮縫合.無須用排液法.如此施行.則於無危險之區域成就恒久解顱內壓迫之出路.即成一漏性瘢痕.以便多餘之腦脊液漏入顳凹而被吸收.若病者無他恙.其頭痛速退.腦力如常.

(二)腦之穿入傷 Penetrating Wounds of the Brain. 多因擊或跌所致.哆開凹陷骨折.或因外物如槍彈或炸彈之碎塊進入.或刺傷(多在顱骨之較薄處.如顳壁及眶上部等處).或刀或斧斜削其顱頂蓋及顱骨所致之腦膜並腦現露者而致.

有時受如此重傷.然若傷口闊大則全身所顯之症狀或較輕.即使腦組織署突.而腦亦無甚受震之狀.倘傷口窄小則或有劇烈之危險. 若傷處出血.則下述之狀均隨之而顯.然血若能外流.其狀較不能外流者猶輕. 倘傷處受染.則菌所致之炎狀或爲限局性或爲瀰漫性無定.若係瀰漫者.越二三日腦及其膜皆受累.以致傾命.若係限局者.則其傷處發生粘着物而阻其炎延及隣處.但此後恐有大腦赫尼亞或腦深處生膿腫之併發患.若傷後設法使之完全無菌.其經過與非通於外之傷無異.惟其豫後較彼略佳.因顱有傷孔故可免單純性或蔓延性水腫所致之腦受壓. 若其傷累及運動區.或有恒久之單癱. 厥後或有損傷性癲癇.此因大腦外層有粘着之患也.

治法 對於一般刺折或哆開凹陷骨折.則除出一切凹陷或受傷之骨.必須詳細查明.若近傷口處有外物未曾深入亦宜取出.有時祇除去淺面之血塊則傷洞即現露.其腦或自能將洞深處之血塊骨屑及小外物等排出.槍彈或炸彈之大裂塊.若距表面不過二寸宜除出之.倘較深.除有顯然指引之傷洞外.須任其存在而已.對於突露之腦組織須以當量鹽液洗之任其存在.倘腦顯出血之點須蓋以肌或筋膜一小塊輕壓而止之. 須將硬腦膜縫一二處牽之使合.再將顱頂蓋之傷口縫合.若可免排

液則完全縫合爲妙.如此可免受染.若須用排液法.越一二日若無他虞.宜撤出排液物. 倘因其染菌致體溫略升.須再開其傷口.盡心設法減輕其緊張.以免其患蔓延. 須頻施腰脊刺術.檢查腦脊液內有無細菌.曾用自己菌液已見效.倘症狀漸劇.則知其炎延蔓.須按治急性腦膜炎法治之.

最要愈早敷溴化物愈妙.使病者安寧.且免其患損傷性癲癇.

此論腦撕裂之篇乃係有意不論與骨炎兼發之症狀(見第二十六章).究之其病之經過常因此等併發患大受影響.

頭傷之善後療法 凡累及顱骨及漸顯腦症狀之損傷均須視爲重要.病者出離醫院時醫士須警戒其謹愼生活.宜靜養而有規則.居鄉村較佳於居城鎮.切勿飲酒.愼防姦淫.飲食須淡薄而有滋養料.使大便有定時. 對於職業切勿任重大或必須垂頭之事.不可作至疲倦或衰竭之地步.宜多眠睡. 不通空氣之室及人煙稠密之處不可身臨.切勿看電影.因其影顫動最能使其平衡覺被騷擾也. 當天氣炎熱時須愼護其頭.且勿居熱帶處. 總之初一二年以任輕農工爲妙.追漸至腦力健強始可如常作事.

有時腦受破裂傷經用解壓迫手術而瘥者.因其未如上謹愼或雖如上謹愼漸漸仍顯症狀.如頭痛幾爲恒久性.痛之輕重視其環境清靜喧嘩而異.厭食.大便秘結及嘔吐等.無專注之能力.甚覺憂悶.易受激刺.甚至顯癲癇. 其視力因調視機能被癱致有缺欠.且眩暈.頭內自覺有聲. 凡上症狀有實屬乎官能病者.亦有確爲其局部損害所致者.若病者受冷或疲倦則症狀加劇.甚至昏迷.有時傾命.

檢查時則見其頭之傷處甚顯緊張.且不能捫得腦之搏動.其顱骨受手術之口被堅固之瘢痕所蓋.而瘢痕粘着缺口之緣.

至劇烈之發作時或逼之外凸.須使病者安靜.服溴化物通暢其大便.然除將硬腦膜與其瘢痕分離且施顱骨成形術(見上)外.不能恒久痊癒. 須參觀下述之損傷性癲癇篇.

顱內血管損傷

INJURIES TO THE INTERCRANIAL VESSELS

(一)靜脈竇損傷 Wounds of Venous Sinuses. 此非罕見.多因骨折致竇撕裂,或爲銳器及骨屑尖所刺而致.最常累及者爲上矢狀,岩,橫,海綿等竇.惟上矢狀竇受累者最多.因其與骨之關連尤密切也. 有時凹陷骨折之碎塊刺入竇壁.雖當時無出血.迨撬起骨時始見靜脈黑血湧出. 若無外傷而竇外壁被扯.其血則能令硬腦膜與骨相離.並令腦被壓.其狀與腦膜中動脈出血相似.惟竇出血不甚劇烈.因較小之壓力可阻之使血栓形成而止血也. 若竇內壁被扯.則血在腦膜之間而出.與蔓延性腦膜間出血無異. 若其有通於外之傷口.則見靜脈之血流出.但易於壓止.罕有因此而致命者. 最可慮者乃感染性血栓形成及膿毒血病.亦有因空氣入竇而致命者.

治法 以無菌紗布塞其竇.外用抗菌布蓋之.或須先除其碎骨.始可見其竇而塞之.若僅外壁被扯.或可以線縫之.不阻其通路.倘不能施行.須將一小塊筋膜貼於其外面輕壓之.俟一二分鐘則其貼塊粘於竇壁儼若郵票然.則血停止.至於感染性血栓成形之症狀及治療見下.

(二)腦膜中動脈損傷 Wounds of Middle Meningeal Artery. 此動脈從棘孔入顱.遂分爲前後二枝分布於顱骨與硬腦膜之間.其前枝受傷多在其經頂骨前下角處.因該處之任何類骨折而致. 有時因頭側受重擊致硬腦膜離位.雖其骨不受傷.而其動脈仍被撕裂.蓋動脈在此處從骨管而出.則硬腦膜離位時其

動脈亦被牽而離位.致被骨管內唇撕破也. 任硬腦膜分離是否屬原發性.其血則屯積於骨與腦膜之間而推其腦向內.漸滲至顱底(第三百圖).此因動脈之壓力儼如水壓櫃.凡壓入一腔.其壓力按其腔面積較大之倍數爲正比例也. 其血塊之徑罕有過四吋者. 至於此脈之後枝受傷者.百人中只有五至十人.

症狀 不甚顯然.因腦組織兼受累.或有他兼患同時顯出.此標準之顯狀可分三級期:(甲)腦因重擊而受震.(乙)暫復甦醒.(丙)傷後二十四小時內漸至昏迷.同時體溫不甚高.然有頭甚痛而嘔吐者. 其復醒之時間長短不一.長者不踰一二小時.甚短者不過霎時.隨復昏迷.幾乎不能見出.然亦有症狀延至數日或數星期始顯者. 幸有數副狀稍爲醫士鑒別之助.

(一)因血塊近於大腦外層之運動區.尤貼近於司頭及臂之運動區.故或顯頭臂顫搐之狀.隨即癱瘓.多顯於昏迷之前.

(二)血塊若至顱底.則海綿竇被壓.致顯眼球靜脈充血.眼肌輕癱,眼球凸出,瞳孔開大,發熱等狀. (三)若顱骨裂折.則血能漏入顳凹致該處腫凸.

豫後 甚不佳.有醫士曾治患此者九十九人僅有十六人痊癒.

診斷 硬膜外出血與硬膜內出血最難鑒別.但膜內出血者較速.倘累及運動區.則大腦外層之狀必顯.且腦脊液內或含血少許.惜此二出血常同時發現.縱鑒定其係膜外者.而其血係由動脈抑靜脈亦難鑒定.

治法 用圓鋸開一孔.取出其血塊.並縛其該動脈.欲處理此脈之前枝.須在額骨之顴突後及顴弓之上各一寸半處.(第三百零四圖F). 未著手之先.須在此處以錐刺入至骨作一記號以定其處. 再薙淨該處之髮而滅其菌.遂割一連至骨膜一切組織之顱頂蓋片向下反摺之(第七十六圖A).在記號上作

十字形之割口.將骨外膜反摺至足能容一吋寬圓鋸.於是取其骨一圓片卽見血塊.則以指碎之.用水洗出或刮出.若見該前枝在硬腦膜上出血.或可提起以線縛之或捱之.或用細曲針及腸線從該枝底穿過縛之.然血若從骨內之管而來.則須除出骨之外板.至能見骨內之管爲度.於是以消毒之蠟或紗塞而恒留之.日後不至有何妨碍.後將所反摺之顱頂蓋片覆於原處縫合之.暫用引流管.

至欲尋該動脈之後枝.則宜施圓鋸於頂結節下平料理前枝之處.卽李德氏基底線上一吋半處.若欲尋其較近起端之處.則在額骨顴突後一零四分之三吋及顴弓上緣上四分之一吋處施圓鋸(第二百八十八圖G).

(三)頸內動脈損傷 Wounds of Internal Carotid. 此脈之顱內段受傷者甚罕.若完全被斷其人必死.此傷多由眼眶部受刺傷或頭受槍彈傷所致.亦有因顱底折骨之屑尖刺裂該動脈者.若頸動脈管祗爲折裂.無甚大害.因在管內動脈之周圍有空隙.與管壁不相貼.然亦有此動脈略被撕裂者.致後該動脈與海綿竇成一動脈瘤性靜脈曲張.

治法 此患甚重.當醫士未臨診之先諒其人已死.倘或未死.則須壓其頸總動脈.或在頸處縛頸內動脈.此外無他法可望其痊.

(四)腦膜內出血 Intrameningeal Hemorrhage. 若係因顱骨折而腦外層或腦膜同受傷,或顱骨未折而腦受震所致.其血由軟腦膜所有之靜脈及毛細管.或靜脈竇內壁而來.其硬腦膜破裂致腦膜中動脈受傷者.其血亦能滲入腦膜內 有時血蔓延大腦之面甚闊.有時限於一處.後則漸被吸收.亦有其血不被吸收而被結締織包圍者.則成蜘蛛膜囊腫 arachnoid cyst. 囊內含有血清.其壁乃被血色素染成棕色之纖維.

症狀 其狀與腦受震或受壓者同.不必贅論.

治法 祗依其症狀而以合宜之法治之.病者宜完全安靜.禁絕喧擾.免令其腦充血. 若顯表明腦何處最受壓之局部指徵.或顱骨同時受傷.則可在此處施圓鋸術.然須切記甚出血之處.非必在受傷處或在對側也.故難定宜否施手術.且於何處施行. 若果施圓鋸之處適當.取出其圓骨片後則硬腦膜即凸露.膜色黑藍.因其下有血塊也.且腦之搏動不顯. 宜小心割開.取出其血塊.見何處出血則須縛或壓之.以紗條置入一二日.使血清及血流出. 倘不能定損害之位置.或須在一側或兩側施顳肌下解壓追手術(見上).

(五)**腦出血** Brain Hemorrhage. 除腦之劇烈撕裂外.其出血多係特發性.若出血較重.人即昏迷.不久則傾命.

顱內炎 INTRACRANIAL INFLAMMATION

顱內所含之物發炎.多因染菌而致.且隨若干損害而起.如下:(一)隨一般損傷而起.哆開骨折及刺折者尤然. (二)隨中耳病起者最多.因其炎延至腦.乃由鼓室蓋之小孔或由顳乳突循橫竇所居之橫溝而至也. (三)隨顱頂蓋或面或鼻或頸發炎而起.由導血管或神經鞘而入. (四)亦有隨顱骨單純挫傷致骨患自身感染而起者.(見第二十六章創傷篇). (五)亦有爲膿毒血病,敗血病,肺炎,天花,及他傳染性病等之併發患者.

凡上五類若因損傷而致.其致炎之菌大約係膿菌類.如葡萄球菌鏈球菌等.但由中耳或鼻副竇而起者.多爲肺炎球菌.

(六)或爲腦脊髓炎之重要現狀.此炎乃腦脊炎雙球菌所致.從鼻腔而來.傳染甚劇. (七)亦有因結核病或梅毒而起慢性炎者. 此數種炎雖各分其類.然其所起之症狀彼此混雜而難分.試詳於下:

(一)**顱骨下炎** Subcranial Inflammation (Pachymeningitis). 此類炎狀乃只令硬腦膜變厚.或致硬腦膜與骨之間滲膿.故分二種如下:

(甲)**單純性硬腦膜炎** Simple Pachymeningitis. 因較輕之單純性凹陷骨折,或挫傷(挫傷時其骨折裂與否無定),或上面之骨有較輕之傳染性炎漸延至膜等而起. 此等炎實爲保護性.因其令硬腦膜變厚也.但亦有延至硬腦膜之深面致起限局性軟腦膜炎.令腦外層與硬腦膜粘着者.若不復蔓延.所顯之症狀不甚重.只該處微痛及頭之一處覺痛而已.治法見下慢性腦膜炎節.

(乙)**顱骨下膿腫** Subcranial Abscess. 由哆開凹陷骨折或刺折所致.雖硬腦膜離骨.但未撕裂.傷口細小腐質難出者尤然.亦有因骨單純挫傷或單純折.其自身傳染致腦膜與骨分離而血屯積於其間者.亦有因顱骨患任何類骨髓炎而致者.或因膿毒血病之栓子停滯而起. 除由傷致者外.最多見者乃由中耳炎而延及之.蓋因鼓室蓋穿破則炎由此累入顱腔.而致成膿腫於鼓隱窩之上面.則膿或從耳流出.或循橫竇之橫溝而遠延也.

鼓隱窩上成膿腫者則被腦膜之粘着限定.致後該處之硬腦膜壞死而脫落. 循橫溝延者或致橫竇患血栓形成.

症狀 (一)與身之他處化膿無異.即甚發熱及寒戰. (二)若膿腫甚大.硬腦膜滲出之液亦多.則顯腦內壓力加增之狀.即頭之定處覺痛.後或昏迷. (三)若無通外之傷口.則覆膿腫上面之顱頂蓋現水腫性腫(見二百十五圖).若有哆開骨折.其傷口邊之形色不佳.且其骨與骨膜相離.色黃而乾.從傷口底現露.或見碎骨間有膿洩出. 倘膿穿至顱底.則或致視神經炎. (四)若膿腫累及運動區上面之硬腦膜.則現某局部之搐搦及癱瘓.

治法　須用圓鋸開一足用之口以放其膿.或將碎骨及死骨取出.而置一引流管.有時因一口不敷用.則須開數口. 若膿腫隨中耳炎而起.宜將鼓竇及鼓隱窩鑿開.所鑿成之孔必足敷其膿自在流出之用.

有時其炎爲亞急性瀰漫性.蔓延於硬腦膜面上甚闊.使該膜生肉芽織而變厚且軟.致腦面易受累.並致顱骨生骨瘍.而其內板有若干壞死. 其膿或循導血管或他路穿達骨之表面.而於顱頂蓋下成數膿腫. 其腦之症狀或較輕.頭痛及嘔吐大抵最顯. 祗有一療法有用.卽開闊口之解壓廹手術.足令現露硬腦膜之全病份及除出壞死骨塊.

(二)急性瀰漫性腦膜炎(軟腦膜炎) Acute Diffuse Meningitis (Lepto-meningitis). 每因染菌而起.其症狀之輕重.乃關乎何處受累,並如何而得,及菌活潑力之大小.其炎累及蜘蛛膜與軟腦膜中間之間隙甚速.且不獨累及腦膜.而腦之組織亦受其損害.故若名爲腦腦膜炎 meningo-encephalitis 更爲恰合.

症狀　受傷後約四十八小時其狀則顯.有時略久始見.初起時病者謂頭痛甚劇.終日不止而漸重.且覺頭熱並頸總動脈之搏動健強且速. 因腦易受激刺故有嘔吐,視光聞聲不能忍受,譫妄,搐搦性顫搐等.不獨頭頸如是.四肢亦然.其嘔吐爲腦病性.卽不先惡心.且與飲食無關也.體溫甚升高.在初起時或有寒戰. 迨病漸重則昏迷.其脈緩而洪.呼吸困難.越三四日或至死亡. 夫所顯之炎狀各處輕重不一者.乃關乎菌累及何處.爲便於講論起見.其炎狀可分爲凸面底面二大類. 此二者之普通狀大約相同.然凸面者搐搦較顯.初起或顯於某局部之一排肌.底面者體溫較高.頭仰縮及視神經炎較甚.且一目斜之狀較爲常見.

死後剖檢則見顱骨與腦膜不易相離.硬腦膜厚而充血.硬腦膜下之靜脈亦有顯然之充血.腦積液較多於常.且液因含淋

巴或膿而混濁.其軟腦膜亦厚而不透光.腦回之面平而水腫.腦溝積有淋巴致被粘着.腦外層之灰白質約紅而充血.其下之白質亦然.且有數瘀斑散於其間.腦室因腦脊液多而膨脹.其脈絡叢亦充血焉.

治法 薙淨其髮.持續戴以冰囊或涼水蟠管.不宜間歇.若病者強壯.不妨用刺靜脈放血術.若係軟弱者則施杯術或用水蛭以代刺術.須利其大便.宜食易消化之品. 所居之屋宜極清潔且幽暗.禁止喧擾.凡激擾之事須盡除之. 雖病者見癒.亦恐緩慢.故須耐久靜養. 至末期.則在項與顱頂蓋施起皰藥.並服汞劑爲佳.

若係限局性宜按法治之.如啟開中耳除出病骨.或撬起凹陷之折骨.然後置引流管以放其膿是也.此外亦有施手術療之者.其目的乃減輕顱內之壓力.如開小腦幕下之蜘蛛膜下腔.或屢用腰脊刺術等.但因該下腔甚複雜,且必有淋巴屯積以隔分爲數腔,並腦組織已腫,及第四腦室通於蜘蛛膜下腔之路窄小等.故以上諸法大抵難見功效.

急性腦腦膜炎 Acute Meningo-encephalitis. 有時爲限局性.因該處無緊張之患而腦與腦膜粘着.致炎不能蔓延也. 此多因骨受挫傷,或刺傷,或中耳炎等,而起限局性炎(第三百零二圖).後則致腦與膜粘着.其粘着之先化膿與否無定. 若已化膿.非施手術不能獲癒.

(三)亞急性腦膜炎 Sub-acute Meningitis. 此患間或有之.但其症狀之顯現較晚.蓋病者受傷之後似乎痊癒.惟頭之一處仍痛.倘於此時復理其舊業而用力過度致令症狀顯出.大約此患由菌而致.其所以發現較遲者.乃因其菌無多,或毒力不重.或因其菌毒暫匿後即乘機始發.或菌漸循淋巴管而入,即由顱外而入腦膜也. 所現之症狀.與急性腦膜炎畧同.然患此者難保

不殞命也. 治法.因病者身弱.故不宜解炎過甚.宜令其安居靜養.並於頭上施反感刺激法.或服汞劑.或服易吸收之有機類碘化物.施腰脊刺術或有益.或可施解壓迫手術.倘有局部之損傷.則可於該局部施此手術.否則須施顳肌下解壓迫手術.

(四)慢性軟腦膜炎 Chronic Lepto-meningitis. 起此患之故與硬腦膜炎無異.但深組織亦兼受傷.或能阻患之蔓延.因此類炎有保衛之用也.經患梅毒者較常人易起此病. 此病之顯據.乃腦之諸膜被浸潤而加厚.且諸膜彼此兼與腦外層互相粘着. 其症狀即限局性恒久頭痛.若微受激刺或服激刺藥過多.其痛倍甚.若以手重壓之則有觸痛.隨或有損傷性癲癇之患. 治法.須調理全身.令大便微瀉.禁忌激刺事及激刺品.在患區上可用反感刺激藥.並服汞劑及柔瘢藥 iodolysin. 至於治損傷性癲癇之法詳後.

(五)結核性腦膜炎 Tuberculous Meningitis. 多在小兒.因結核桿菌侵入腦膜所致.最受累者即顱底之軟腦膜血管.厥後成炎性粘着致第四腦室內外諸孔被塞.故腦脊液之運行被阻.而腦室膨脹.其症狀及病歷可參觀內科書. 多有人試用外科術以治此病.即在枕部用圓鋸術引其腦脊液流出.或用腰脊刺術以減第四腦室之緊張力.但僅見一二瘉者耳.究之外科法不甚可恃.

(六)靜脈竇之傳染性血栓形成 Infective Thrombosis of the Sinuses. 間或在受傷後而起.然因膿性骨炎而致者多.其橫竇受累者大都由中耳病所致.亦有因顱頂蓋受傷致帽狀筋膜下蜂窩織炎漸延.或因有丹毒性或化膿性病.或鼻有化膿性病漸延而累及該竇也. 除慢性耳溢液累及橫竇外.其海綿竇受累較多於他竇.蓋海綿竇受累.常由蝶竇化膿而致也.

其病理之症狀與傳染性靜脈炎無異.其竇漸被血栓所塞.後則血栓裂解而成若干栓子.竇之隣組織亦發炎.如骨瘍,或骨壞死.或顱骨下膿腫,或單純限局性腦膜炎,或傳染性瀰漫性腦膜炎,甚至大腦或小腦膿腫等.

症狀 強半爲膿毒血病性.卽體溫甚高.惟時升時退.屢發寒戰.常見之狀卽頭有限局性痛.早期嘔吐不止.亦有顯腦膜受累之狀,或肺受患而呼吸困難者.但有時腹瀉及敗血病之狀甚爲顯明.

倘此患累及海綿竇.則有顯然之眼球凸出.其眶瞼與面亦皆充血.更有累及竇壁所居之腦神經者.如此或致上瞼下垂或斜眼之狀.

若累及上矢狀竇.則額與顱頂蓋之靜脈皆曲張.若在竇處以手按之則有觸痛.且鼻亦出血. 若累及其隣近之運動區.則兩下肢被癱.且現膝反應加增及踝關節陣攣等狀. 至於橫竇血栓形成.其症狀及治法詳第三十一章.

治法 除橫竇外.其他竇受患者罕有法可治.故對於面與鼻腔之手術宜小心潔淨該處.以免致此患.對於橫竇之患頗有治療之良法.惟他竇只可用普通調理週身之法而已.

腦膿腫 ABSCESS OF THE BRAIN

原因 皆爲膿菌所致.但其菌入腦之路不一.大約有四:

(一)因外傷而致.或在早期.或在晚期. 早期者大約膿腫較淺.而顱頂蓋或顱骨或硬腦膜兼有傳染性損害.至於有刺傷與否無定(第三百零二圖). 晚期者其膿生於腦白質之深處.此或因刺傷所致.任有無外物存於其內.則菌卽隨傷路或循血管而入腦.然亦有非因刺傷而起者.此大抵由挫傷或撕裂之區

被自身感染而起也.此等慢性膿腫平常起於腦之傷側.每多在頂葉及額葉處.有時起於對側.與對側受挫傷之理由無異.

（二）因顱外有傳染性損傷.而菌直接藉居間之組織或循血管或淋巴管而入腦. 最多見之原因爲慢性耳溢液（第三百零三圖）.而累及小腦幾與累及大腦者等多. 夫膿腫起於小腦者每在小腦半球前部近於顳岩部之後（如圖中 D）.起於大腦者每在顳葉後部（如圖中 C）. 其炎可由中耳或鼓竇直接延過骨及腦膜而至腦.間有先起顱骨下之膿腫（如圖中 B）而後累及腦者.有時在鼓室蓋見有一孔通至膿腫腔.則膿質由此而自出者.然最多者有一層腦組織隔於膿與腦膜之間.如此其炎必由腦膜藉血管鞘而至腦.

第三百零三圖

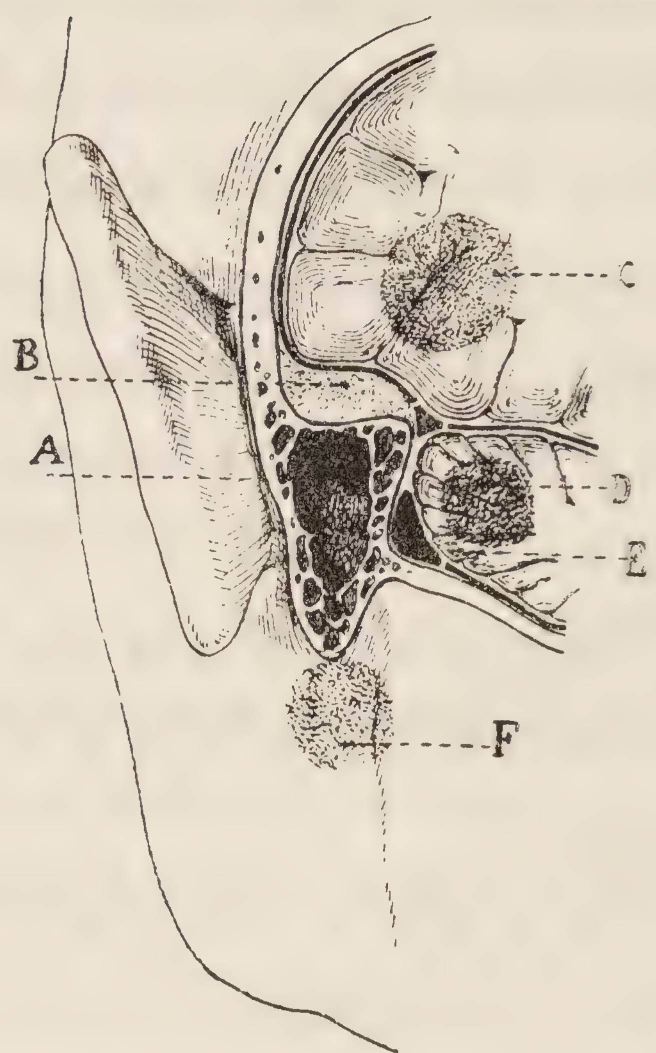


Fig. 303.—DIAGRAM TO REPRESENT THE COURSE OF INFLAMMATORY TROUBLE FROM SUPPURATIVE DISEASE OF MIDDLE EAR

表明中耳有膿性病其炎如何延蔓

A 膨脹而受染之鼓竇

B 由中耳頂所成之顱骨下膿腫

C 顳葉之膿腫 D 小腦膿腫 E 橫竇

F 乳突尖穿透所致之皮下膿腫

亦有同類之膿腫乃因額竇化膿累及腦而成.此係急性者.約因額骨髓炎而起.居於額葉前份. 更有因蝶竇及篩骨蜂窩化膿或海綿竇血栓形成而致者.

（三）患一般疹熱病如猩紅熱,腸熱病等.或膿毒血病後.其傳染之物或藉血至腦致成膿腫.枕葉之膿腫幾常因膿毒血病而致.

(四)亦有因結核而致慢性膿腫者.

夫腦膿腫平常爲單獨性.間或生二.如中耳有病時大小腦皆生膿腫.其經過多由慢性.則其膿被膜包圍.若係急性則無膜.慢性者大約終顯急性之狀.此因其膿穿入腦側室或因患瀰漫性水腫而致.

症狀 乃關乎膿腫如何而起.並其急慢及地位.若因損傷及由外傳染則係急性.頭則甚痛.屢作寒戰.不久卽昏迷矣.有時兼有瀰漫性腦膜炎.與腦膿腫混淆難別.有時患慢性者祇云頭痛.迨體溫忽升時始昏迷.越一二日卽死.如此者約因膿腫破裂.而膿入腦側室.或入腦膜下腔.抑或因起急性瀰漫性水腫之故.

馬克猶恩氏將膿腫之特狀確分三期.(一)初期.約有十二小時或二三日之久.病者耳處偶然甚痛.映射全頭.兼大作寒戰.體溫升高.脈搏較速.有腦病性嘔吐.舌上生苔.不思飲食.大便秘結.此時外耳溢液減少或無.

(二)病成期.病者臥床不起.終日沉睡.或有人問之.因其腦不靈活則應聲甚緩.頭痛漸止.但捫其顳處仍有觸痛.體溫漸低於常.脈緩而洪.呼吸亦慢.嘔吐仍不止.大便仍秘結.口中常出惡臭.若運動路受累.雖不至全癱.然肌力有缺.其所顯輕癱之次序可表明膿腫居何處.若居顳葉近於腦外層.則面先受累.次則上肢.終則下肢.若膿腫居於腦之較深處.而於內囊處壓運動纖維.其次序適與前者相反.苟膿腫居於腦之左側.或顯運動性失語症 motor aphasia.若居腦後部.於小腦幕上壓及小腦.如此則顯屬小腦症狀.視神經炎狀雖有無不定.然若有之.則患側炎狀較甚.且該側之瞳孔開大而不動.

(三)末期.昏迷漸甚直至傾命.或膿腫破而入腦側室.令人忽然昏迷.則體溫驟升高.脈搏忽速.呼吸無律.或顯切斯妥氏

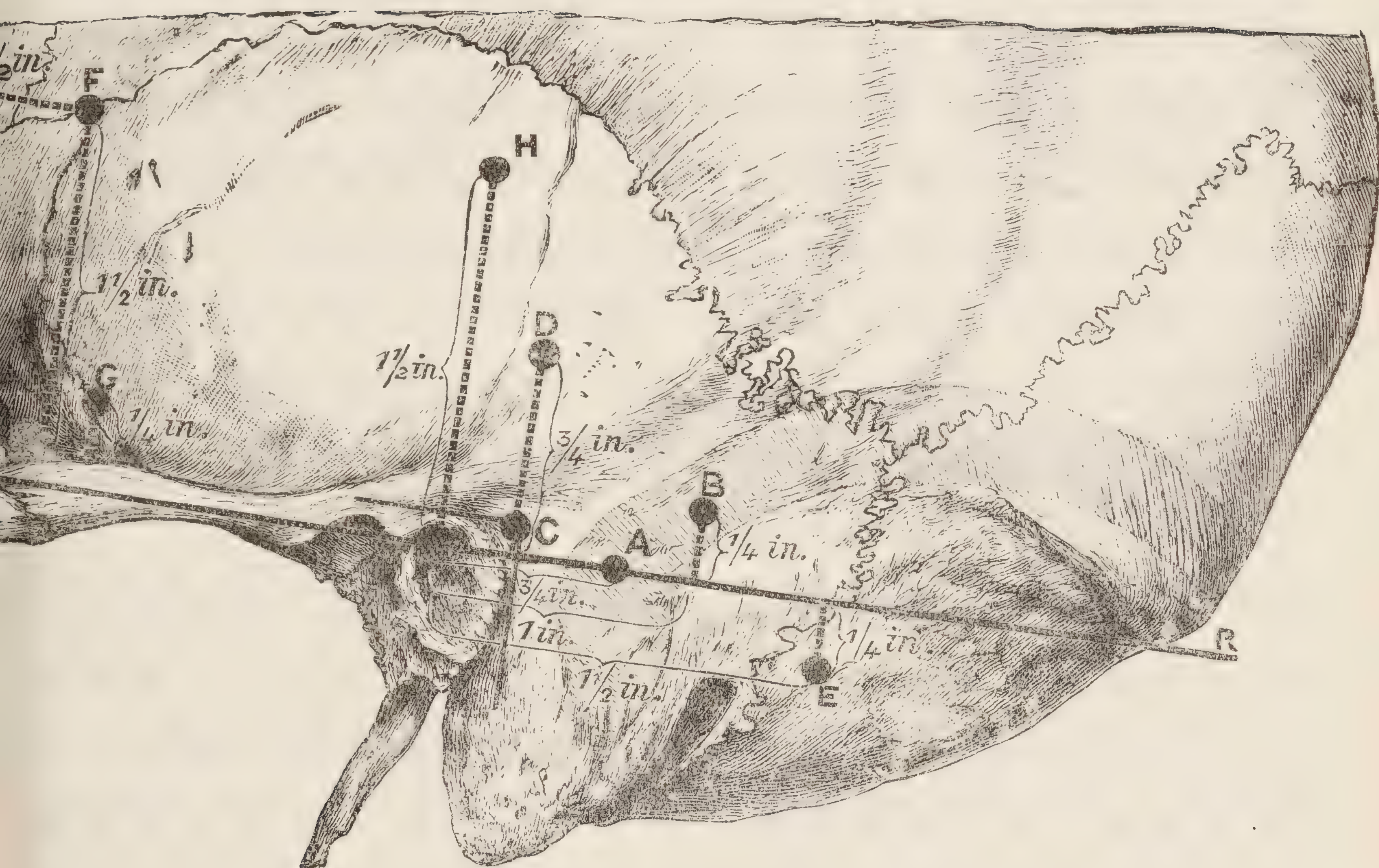
呼吸.以致傾命.或穿入蜘蛛膜下腔.則於未死之先顯瀰漫性.軟腦膜炎之症狀.

若膿腫在小腦.小者則其症狀不甚顯明.大者甚有特狀.病者自云眩暈.行走不穩.向患之對側而傾跌.其頭項後仰.呼吸不勻而甚微.脈搏亦緩弱.其身體一側或兩側癱瘓.或祇上肢癱瘓.至於嘔吐.視神經炎.體溫較低.自然有之而不待言.

鑒別診斷 此與腦膜炎之鑒別.蓋腦膜炎者.受激刺之現狀.如急性燥動性譫妄,瞳孔縮小,畏光,肌強直而有痙攣.頸肌尤甚.劇烈之疼痛.均較患膿腫者尤顯明而早.體溫亦較高.且腦不靈活.約在受傷後三四日卽顯.而膿腫則不然.罕在受傷後一星期前顯現. 硬腦膜外之膿腫卽顱骨下膿腫.體溫甚高.若因外傷所致.其成膿腫之期較早.壓狀較速.罕見視神經炎.嘔吐之患亦輕.顱頂蓋或顯限局性水腫.重壓之或有觸痛. 横竇血栓形成者.體溫升高而有弛張性.或無視神經炎.頸內靜脈處或有觸痛. 若顯腦壓狀.則每兼體溫略低及甚顯之視神經炎. 須切記膿腫與横竇血栓形成或同發現. 腦腫瘤與慢性膿腫最難鑑別.然腦腫瘤所顯之症狀較緩.進行恒久不已.體溫幾如常.胃臟擾亂較輕. 病歷亦可爲鑑別之助.因膿腫之生也大約由某傳染性病竈.而腫瘤則不然. 且腫瘤多生於額或頂部.而膿腫每生於顳部.再者視腦經炎在患腫瘤者較膿腫者尤顯明而常見.

治法 按常例愈早放膿愈妙.萬勿遲延.故一斷定有膿立宜割放. 預備病者之法與割腫瘤者無異(見下). 後將顱頂蓋割一片而反摺之.其割口須適宜.以便後置引流管.隨按下法以圓鋸取骨.取出骨塊後宜用碘芳及硼酸敷於腦面及經鋸之骨緣以免受染. 其凸於割口而不搏動之硬腦膜須小心割開.祇割一小口或足以通至膿腫而放其膿.然尋常腦組織由此突

第三百零四圖



成人之顱(大小與眞顱同)表明宜施圓鋸術之各點

Fig. 304.—DIAGRAM OF ADULT SKULL (NATURAL SIZE) TO SHOW VARIOUS SPOTS FOR TREPHINING (TREVES' SURGERY)

The horizontal measurements are taken along Reid's base-line, R, R, which passes through the centre of the external auditory meatus; the vertical measurements are taken by drawing lines at right angles to the base-line. A, the sigmoid portion of the lateral sinus, a point 3/4 inch along the base line from the centre of the meatus; B, the transverse portion of the sinus, 1 inch behind the meatus, and 1/4 inch above the base-line; C, the mastoid antrum the point of meeting of two lines, one drawn along the upper wall of the meatus and parallel to the base-line, the other along the posterior wall of the meatus at right angles to Reid's line; D, for temporo-sphenoidal abscess, a line drawn 3/4 inch upwards through the posterior border of the meatus at right angles to the base-line; E, for cerebellar abscess, one and half inches beyond the centre of the meatus, and 1/4 inch below the base-line; F, for anterior branch of middle meningeal, one and half inches behind external angular process of frontal bone, and one and half inches above the zygoma; G, for posterior branch of middle meningeal, one and three quarter inches behind external angular process, and 1/4 inch above zygoma; H, for tapping lateral ventricle, one and half inches above centre of external auditory meatus.

水平之量法乃循基底線R R經過外耳道之中點.垂直量法乃畫線與基底線作正角.

A 橫竇之乙狀段.此點居基底線外耳道之後四分之三吋處.
B 橫竇之橫段.此點居外耳道後一吋基底線上四分之一吋.
C 鼓竇.此點循外耳道後緣畫一豎線.再循其上緣畫一橫線.其交叉之處即是.
D 顳部之膿腫.可循外耳道後緣之豎線離基底線四分之三吋
E 小腦膿腫.此點離外耳道中點後一吋基底線下四分之一吋.
F 腦膜中動脈前枝居額骨顴突後及顴弓上各一吋半.
G 腦膜中動脈後枝.離額骨顴突一零四分之三吋顴弓上四分之一吋.
H 腦側室放液刺術此點離外耳道中點上一吋半.

出.於是以瘻管鑷或細套針小心探查四圍.倘其膿腫在顳部須往下內向鼓室蓋而探之. 若查其有膿.則放開其鑷俾膿從此而出.若有腐組織須用無毒之鹽液輕緩灌漑之.或用導尿管吸出.厥後須置引流管於膿腫腔.且將管縫於硬膜口邊.其餘之口均縫合.然有時不必縫合祇用紗布繞引流管而塞之.以助該處生粘着物而阻傳染至腦膜腔. 後將下摺之顱頂蓋片復回.使引流管由片之中央而出.越三四日取出該管.倘有膿復屯積或炎蔓延之狀顯出.則須再開其傷口.復用通暢之引流法. 有時腦膿腫開後則成大腦赫尼亞之弊.

若在顳部須用圓鋸中之錐置於外耳道上一零四分之一吋.或置於外耳道後緣之豎線距基底線上四分之三吋處更妙.(第三百零四圖). 倘其膿腫在小腦.其宜開之點.乃在距外耳道中點後一吋半.距基底線下四分之一吋處 (E).其枕部之肌及骨外膜須剖開反摺於下.但不宜用圓鋸.因該處之骨甚薄.只用蛾眉鑿足矣. 鑿時以速爲妙.因施迷蒙藥時.雖心搏力仍大.恐呼吸或暫停.然一開其硬腦膜則呼吸恢復矣.

在有中耳病者.其腦有無膿腫及其居何處最難鑑定.須徹開鼓竇及鼓隱窩而完全檢查以視二者孰患最劇.則可定其宜割向大腦或小腦也.宜小心除去鼓竇上後之骨以露其橫竇.若循竇上面進行則可達大腦.循其下面則可達小腦. 覓膿腫之所在更有一法.即在外耳道後一吋基底線上半吋.用四分之三吋闊之圓鋸以開之.則可見橫竇居鋸口下份.覆顳葉之硬腦膜居其上份.由此再向下開之.則能檢察小腦矣.

腦腫瘤 TUMORS OF THE BRAIN

腦部所生之腫瘤屬下數類: (一) 神經膠質瘤.係小圓細胞及細胞間甚細嫩之神經膠質樣組織(見一百四十五面) 所

成.腦之各處皆能生之.每與其周圍之腦組織相續.且罕有包膜.故以目視之.其組織雖較硬究難與腦組織辨明.其界限亦難定.故不易完全除去之.(二)肉腫瘤及繼發性癌有時見於腦內.其形勢與神經膠質瘤相似.故其豫後亦不佳.(三)內皮瘤生於腦內者不甚罕.強半由腦膜而生.約必長大症狀始顯.此瘤大概將腦壓凹.然少至侵入腦內.因其居於腦底且甚大.故不易除去之.有與砂樣瘤相似者(見一百五十四面).(四)有時生結核瘤.腦膜兼有結核患否無定.其大小不一.或為乾酪樣或中心變為液體.(五)樹膠樣腫.多由腦膜而發.其形較結核更不規則.每不單獨而生.且少見之於小兒.(六)包蟲囊及他種瘤.間或生於腦內.

腦腫瘤生於男者較多於女.其各類多按人之年齡而發.如肉腫瘤及神經膠質瘤.少年與中年人多患之.結核瘤小兒每患之.樹膠樣腫多現於四五十歲者.癌為年邁者所患.寄生瘤常生於二三十歲者.

腦腫瘤局部之結果.若生於腦或令瘤周圍之腦組織硬化.生於腦面者或與腦膜粘着.致顱骨加厚或糜爛.若垂體生瘤.則用X光線查之.可見蝶骨之垂體凹被糜爛而加大.

症狀 腦腫瘤初起時少有就診外科士者.但辨明初起之症狀乃為最要之事.故普通醫士若疑其人有腦腫瘤.宜邀多經神經病之專門家以助鑒定.如此則鑒別尚早.庶可望手術得佳美之結果.若遲至腦內之壓狀已顯則手術之機失矣.昔馬克猶恩氏謂外科書所列腦腫瘤之特狀雖時或有之.然不常有.故俟其特狀顯出殆已晚矣.

其早狀.乃腦改變其局部之官能.亦有頭痛或嘔吐者.其局部之特狀.按腦受累之處而異.若腦外層運動區受累.約顯限局性癲癇.即某定處先現預兆.而後顯有規則之搐搦至後期則

搐搦止而癱瘓顯矣.且限局性單癱爲腦腫瘤之要證.　若居腦外層之下.則有限局性癱瘓而無搐搦.　若有運動性失語病.即表明其額下回受累.若顯語聾病(又名言語聾) word-deafness. 乃表明顳葉後端受累.若顯同側偏盲.乃表明枕葉受累.若顯共濟運動有缺;眩暈,及眼球震顫.乃表明小腦受累.若同此三狀兼有腦神經局部損害之狀.(面聽二神經尤然).乃表明其小腦橋腦連處之角有瘤.此係腦腫瘤慣長之處也.　頭痛之情形不一.多係限局性陣發性.若係樹膠腫性瘤.重壓之則另有限局性觸痛.若有令腦靜脈充血之事如咳嗽等.則頭痛倍增.更須注意痛極之處卽瘤所生之處也.　嘔吐.若有之多係腦病性.卽與飲食無關.且無惡心之前驅也.

其晚狀.乃因顱內壓力加大所致.此狀或致局部之狀加重.或致被掩而不顯.頭痛更重而不止.嘔吐及大便秘結尤甚.且思睡而不理外事.身體消瘦甚速.體温較低於常.　視神經炎常顯.且先顯於患側.或因腦脊液之壓力加大.則液被逼而入視神經鞘.令其水腫漸延至鞏膜篩板.致視網膜之血及淋巴之回流均被阻.是以知實非炎狀也.　在初起時視神經乳頭之邊畧渾而不清.視網膜靜脈充血而曲張.鄰近之視網膜亦水腫.故血管各有數段不顯.且有線形瘀斑現於視網膜之面.　其初視力如常.或祗改變少許.久則視神經乳頭萎縮而眼盲.雖係樹膠樣腫每用藥而就痊.然其盲亦終不能瘉也.

終狀乃昏迷漸甚.與腦被壓之狀相似(見前).有時體温較低於常.然亦有甚高於常者.

治法　對於一般患此腫瘤者.勿忘其症狀或由樹膠樣腫而起.故須常試其伐色曼反應如何.若係陽性者.可於靜脈內注射薩耳伐散.或服碘化鉀大而漸加之劑量.甚至四十至六十厘.(2.5—4 gm).　每日三四次.且用抹汞膏療法.服碘化鉀時宜多用

水送下.且兼服炭酸鈉或炭酸鎂以免胃受激刺.如以上諸法俱無效.則宜施手術.

手術 以早施爲妙.假若開顱而不見有瘤亦不爲害.倘躭延日久恐其瘤不能除去矣.

手術前一二日宜將顱頂蓋之毛髮剃淨復用藥洗之. 手術之前半點鐘用嗎啡四分之一厘(0.016 克)注射皮下.可令腦之血減少.亦令病者之感覺不靈.則可少用迷蒙藥.迷蒙藥哥羅芳較醚爲妙.因哥羅芳少令腦充血也. 外科士在其擬定瘤處先用錐鑽透顱頂蓋作一記號於骨上.後將顱頂蓋割半月形之大片向下翻之.所露之骨須闊大.如此則當開之孔若較所預定者尤大亦無須復割顱頂蓋.且因皮片大於骨孔.當縫合後其瘢痕不致適居骨孔之上. 其開顱法在本章前已詳論之.有於開顱後立即將瘤割除者.亦有俟一星期始割除者.但不立時除割者.必復開其顱頂蓋以露出硬腦膜.

須記若取出之骨不足大恐日後腦組織大受損害.蓋腦因顱內之壓力加增必從孔突出.若孔不足大.恐突出份有被絞窄之弊.故欲開腦膜必先規定骨孔足大與否.

硬腦膜平常略堅.以指按之微退讓.但腦若無病而顱內之壓力如常.則覺腦在膜下略有搏動.若壓力增大.則硬膜突出骨孔.按之硬而不退讓.且腦之搏動減少或無.

開硬腦膜時可用刀割一十字形之口.或割一片向下翻之.切宜小心勿傷膜之大血管.如顱內之壓力過大.則腦即凸出.可用指輕探其腦有無過硬或過軟處.果無之則可用槽針或細套針插探其腦之各處.但探時不可搖動其針.恐將腦質戳爛.若所開之骨孔太小.可用鉸骨鋏鉸大.用圓鋸開大之亦可. 按腦腫瘤罕有能施摘出術者.不過百分之十.若瘤在大腦外層.可用鈍尖器具.或用何司雷氏軟鉑刀 Horsley's platinum knife. 將瘤與其

周圍之腦組織分離而挖出之.對於出血須以細線縛之.或用熱海絨壓數分鐘以止之.後將硬腦膜鬆縫之.並置引流管通至傷底.遂將皮縫合使管居傷口之一端或皮片之中央. 施手術後病者須寂靜躺臥.頭略墊高.越一二日可撤去引流管.至六七日顱頂蓋之傷口癒合.

倘瘤所居之處不能達到.或不能除去.或於瘤之所在有疑.則用解壓迫手術 decompression 暫爲有益.其術卽將顱骨開一大孔.再割開硬腦膜.容腦隨時外突而成赫尼亞.施此術最佳之區.乃在正蓋瘤之處.然亦有在小腦幕下而開者.爲使最要之生命中樞不受壓也.施此術後或病者之精神略振.疼痛減輕.神經炎略退.視力不失.但遲早因瘤長大以致殞命.

若在小腦或其隣近有瘤.任用摘出術或解壓迫術可用刻興氏 Cushing 弓形割口.卽循上項線及正中線開一凸向上之彎口.以便足敷將起於樞椎後面之肌向下翻之.受此術之死率非少.因挨近生命中樞也.若減輕壓力過速則有劇烈之休克.故須待數日始開硬腦膜.

垂體瘤 Tumors of Hypophysis Cerebri. 此患可累及垂體之前葉或後葉.多係腺瘤類而有囊腫性.酷似囊腫性甲狀腺腫.亦有係惡性瘤類者. 若其前葉之機能過敏 hyperpituitarism. 則成肢端肥大病 acromegaly. 若垂體機能遲純 hypopituitarism. 則身內之脂肪加多.其生殖器爲幼稚性而無官能.若係婦女每致經閉.

以上數狀非但因垂體內生瘤亦或因外壓而致.且因該處距視徑交义甚近.致顯各種視力之改變.每成雙顳側偏盲 bitemporal hemianopsia.

手術治法. 近來用手術屢能獲效.有一人報告.用此手術十六次.死者僅有四人.中有一人病癒七年而未嘗復犯.其術須由鼻腔將蝶竇後壁鑿去.以截除垂體.

癲癇之外科療法

SURGICAL TREATMENT OF EPILEPSY

昔日對於此病所發明之諸外科療法頗多.概以改變腦血循環爲目的.究無大用.故於茲不論.邇來惟有一法可略有希望、即直接處理大腦外層也.其意義乃以癲癇非屬病症.却爲症狀.係大腦外層易受激刺而致.蓋其外層被由腦或他處所來之奮興刺戟卽顯搐搦之狀也. 何司雷氏 Horsley 曾將癲癇分類列下:

(一) 特發性者 Idiopathic. 無何顯然之損害. (甲) 搐搦由局部而起. (乙) 搐搦由全身而起.

(二) 限局性者 Localised or Jacksonian. 常有顯然之損害及損傷. (甲) 損傷性.其搐搦爲限局性或全身性無定. (乙) 先天性. (丙) 腫瘤性(如贅瘤,膿腫,動脈瘤).

(三) 反射性者 Reflex. 如脊柱或神經節受傷而起.

(四) 希司忒利阿性者 Hysterical. 此數等癲癇所有之病理及特狀.宜參覲內科專門書. 須記若癲癇患之愈久.其外科療法之豫後愈不佳.若係損傷性已患二年之久者.豫後尤不佳. 亦須檢查其家族病歷有無易患神經病性.蓋有多數患損傷性癲癇者.有此病歷而其豫後因之不佳.

對於特發性者雖搐搦起於局部.近今幾盡以手術爲無用. 先天性者多爲限局性.每因產時頭受傷而致.故大腦傷之他狀(如痙攣癱瘓等)及發育不全同時顯現.若乘其搐搦仍爲限局性早施手術或畧有益.但患病已久者手術無效. 腫瘤性者.另有他狀可助外科士鑒定爲何病及預定其手術之結果. 反射性者罕見.莫妙於治其病竈. 對於希司忒利阿性者外科士萬勿施截除雙卵巢手術.因曾施行數次未嘗見效也.

損傷性癲癇 Traumatic Epilepsy. 此乃傷後所起之癲癇.其故列下:(甲)因顱頂蓋有神經痛性及易受激刺性之傷痕.(乙)因顱骨略凹陷而未擡起.(丙)因顱骨裂折而生骨痂過多.或因顱骨受挫傷後患慢性炎.致骨增厚而壓惹硬腦膜.(丁)因慢性腦膜炎致腦與腦膜粘着.此類患梅毒者易起之.(戊)因單獨骨刺揷入腦組織內.(已)因腦受穿傷而曾用解壓迫手術治療者.

症狀 卽限局性搐搦.其特狀乃關於腦之何處受累.憑搐搦之先兆,並頭之一處曾否恒痛及有無瘢痕.卽可定其患在腦之何處.搐搦初期爲限局性.至後期漸變成全身性.

手術之治療 惟搐搦仍爲限局性者手術爲有用.已變爲全身性者.其病卽成爲由局部而起之特發性類.而手術無用.其手術卽開顱在鑒定之損傷處.若見有凹骨或骨刺自宜取出之.若無所見.只有腦與其膜粘着之瘢痕.應否進行治療尙未確定.蓋治此病者有多次已將粘着瘢痕及其下之腦組織一齊截除.而癲癇雖暫止.然遲早其患復發.因該處又生瘢痕而致粘着也.若用一層金或銀箔置於腦及其膜之間.或足免此粘着之患.施手術豫後之善否.多關於腦之何處受累.在運動區爲佳.在知覺區次之.在額處則不佳.夫治癲癇有如是之難.醫士誠宜切記前所論治顱骨折之要言.卽每遇顱骨凹陷折.任爲彰開或單純或輕或重.須立施手術.以免成損傷性癲癇.若病者有結核或梅毒之歷史.則宜先用藥治療以使瘢痕消散.倘無效則繼之以手術.

對於槍彈穿傷所致之腦瘢痕.曾有醫士非但截除瘢痕之淺份.而於其腦內之深份亦截除之.厥後用脂肪墊塡塞其腦之缺處.而再置一脂肪墊於顱骨與腦膜之間.後施顱骨成形術以關閉顱骨.其結果甚佳.

損傷性神經錯亂 Traumatic Insanity. 有時由顱微有凹陷骨折或他損害而致.與致癲癇者類似.用手術或有效.蓋對於實有損傷之歷史.且有證明患處之症狀者.須開顱探查之.曩昔如此施行曾有奏效者矣.

大腦赫尼亞 HERNIA CEREBRI

其意卽腦組織由顱之後天性孔而出.實與由先天性顱缺口之腦膨出 encephalocele 不同. 此患每證明顱內之壓力過大.故大腦赫尼亞可謂之天然減壓法.可分二類:

(一) 因有大腦腫瘤而受解壓迫手術.故腦組織由此孔而突於顱頂蓋下.如此顱內之壓力暫減.而病者亦暫復省人事.其性命亦或多延數日.但至終除腫瘤爲炎性而漸消散外.其瘤仍長.遲早必漸昏迷而死.

(二) 因顱骨有哆開凹陷折或刺折致腦受染發炎而水腫.則顱內之壓力加大.其腦由硬膜之傷口突出.平常此傷口不大.

該赫尼亞性軟而色紫.且見其與心同時搏跳.約長大甚速.雖初起時病者之靈心如常.但直長不止.遲早至昏迷而死. 當初凸出時乃水腫之肉芽組織被凝血所包.其內腦組織無多.但日久則腦組織突出.若謹愼處理則可望癒.然仍有粘着之瘢痕.故每恐致癲癇或神經錯亂.雖有此危險.然除原發性赫尼亞累及腦側室外.其人似幾如常.倘腦側室被累及或受染.雖可暫癒.然不久則必因發炎而傾命. 有人云凡此等病人在二年內大抵因膿性腦炎而致命.

治法 凡顱受外傷累及硬腦膜者.須小心設法防其染菌而免其壓力加增.一般刺傷與凹陷骨折等雖未顯急狀.須以手術治之.因減輕壓力雖未能盡消毒.然可免腦赫尼亞之患. 若已成赫尼亞則須施法減少化膿及排液.最妙以浸迶金氏溶液,

或高滲的鹽溶液,或佛馬林百分二之甘油溶液之紗布覆蓋之.近今用浸四十分一之石炭酸溶液之紗布.則赫尼亞減小甚速.對於鬆解敷料可用 50% 醇. 輕壓法或腰脊刺術或有用.但無論如何勿用刀削除. 遲早其患驟見佳.則赫尼亞減小.傷口生肉芽而就痊.然未免仍留粘着之瘢痕.

第二十八章

脣及頜部之患

AFFECTIONS OF LIPS AND JAWS

脣部之患 AFFECTIONS OF THE LIPS

脣裂 Hare-lip 此係上脣先天之裂.祇累及上脣軟組織若干遠.或並累及上頜齒槽緣,鼻底,腭等處.

類別 其裂通連鼻前孔者名全裂.不通連者名非全裂.限於軟組織者名單純裂.累及齒槽緣者名齒槽裂.累及腭者名複雜裂. 其裂在一側或雙側.一側裂在左側較右側者加倍.雙側裂多半累及齒槽及全腭. 其脣及齒槽中央部（即門齒骨 os incisivum）或在其本位.或由鼻下向前凸似喙.此喙狀多見於雙側裂.其喙蒂每長而薄.故喙能向左右移動. 雖係單純裂類其鼻亦有較闊而平之畸形.若齒槽及鼻底之裂闊大.其畸形尤顯

常兼有他類畸形.如脊柱裂及畸足等.且常有遺傳性. 有時於非裂之脣顯似瘢痕之細紅線於已長合之處.此乃胚脣長合之跡仍存也.且對該處之齒槽或有淺溝.

發生 原腦泡於背索之上端俯屈.則於屈下之間隙周圍組織伸出數突.而成面之骨肉各部.蓋在胎胚五星期時其口凹 stomodaeum 爲五角形.（第三百零五圖）.有一闊突從上往下長.即額鼻突（A）.突之兩側有二裂使該突與左右上頜突（B）分離.另有二裂將左右上頜突與尤凸之二下頜突（C）分離.左右二下頜突不久則長合而成下頜骨. 未幾則額鼻突於正中線現一小凹.凹之兩側爲鼻內突（第三百零六圖 A）.此突終成上脣之中央部及含二門齒始基之門齒骨.且此突外側有一終成鼻前孔之凹（F）.該凹

外側乃爲終成頰部及鼻翼之鼻外突(B).尤往外側有一裂延上而圍繞眼泡(C).該裂爲外側之上頜突(D).內側之鼻內外二突各漸長合而關閉.然裂之深部仍通而成鼻淚管.　上脣係二鼻內突及二上頜突漸長合而成.惟無鼻外突之份.此際其上頜之深份往內長以成左右腭突.二腭突與鼻內突之深份互相併合以隔成左右鼻腔及口腔.其互相併合之縫則爲Y形.而其Y兩股之連點卽爲腭前管之位置.

凡上述各突之併合.乃在胎胚第六至第十星期之間.旣至第十星期.卽最末後長合之懸雍垂應已完全併合矣.

第三百零七圖

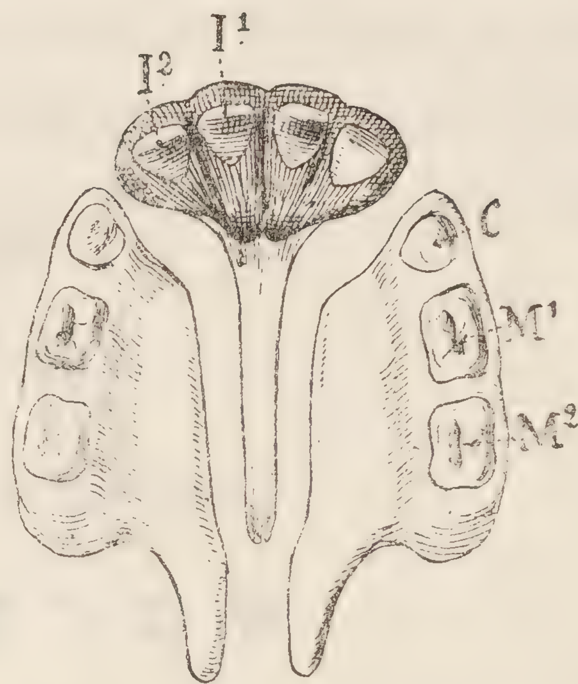


Fig. 307.—DIAGRAM TO REPRESENT THE SITUATION OF THE CLEFT IN ALVEOLAR HARE-LIP

此圖表明齒槽性脣裂之裂處

I¹ 中門齒　I² 側門齒

C 犬齒　M¹ 第一臼齒

M² 第二臼齒

脣裂乃鼻內突未與其外側各突長合之弊.若祗限於軟組織卽爲單純脣裂.其裂則居鼻內突與上頜突之間.　若爲齒槽全脣裂.其裂之淺份仍居上二突之間.而其深份居鼻內外二突之間.其齒槽裂乃居門齒骨與上頜骨之間.(第三百零七圖).該裂對於齒之關係無定.其側門齒或生於上頜骨.或生於門齒骨.或生於二骨之間.是以側門齒居裂外側,或內側,或中間無定.亦有時於裂內側生一多餘之門齒.　門齒骨幾盡爲左右兩半併合於正中線之骨.含二中乳門齒及二中恒門齒之始基.有時於該骨一側或二側含多餘之門齒.

單純裂於嬰兒食乳無甚阻碍.然雙單純裂則稍阻之.若兼有腭裂則阻碍頗甚.故必須早用外科療法以救其生命.　宜知凡有此裂患者.面肌動時如哭笑等事.則更顯畸形.因口輪帀肌及其他諸肌已斷而縮不齊整也.　論及何時可施手術.最妙俟嬰兒生下後其呼吸哺乳諸事已皆習慣.然勿遲至生牙之期.須在六星期至三月之間.健壯者較歉弱者宜早.然其體弱若因脣裂阻其飲食而致.則宜早施手術.卽初三星期之內.

單純脣裂手術　將嬰臂貼身縛之.仰置於手術檯上.外科士立於嬰兒頭後.施迷蒙藥者及副手立於檯之兩側.其手術可分三級.

第三百零八圖

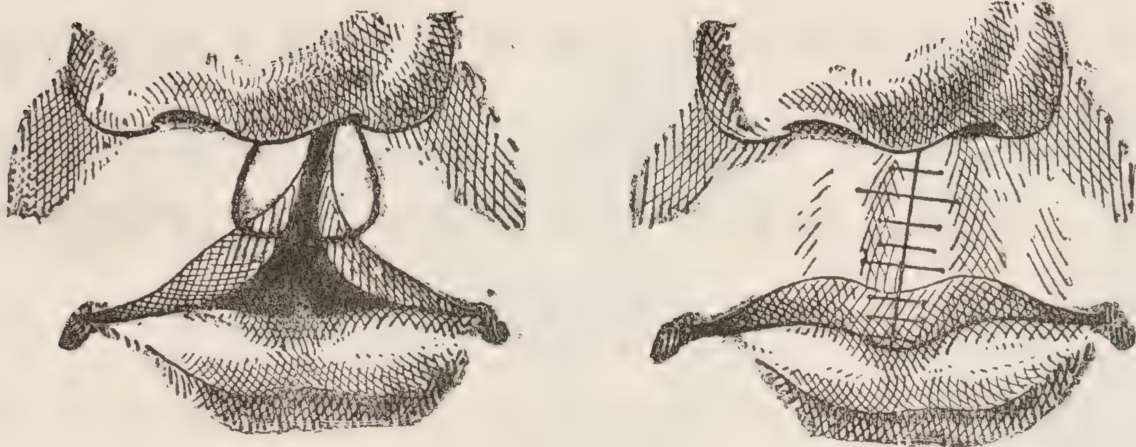


Fig. 308.—ROSE'S OPERATION FOR SINGLE HARE-LIP

羅氏單純脣裂手術

此係半月形割口由鼻孔至脣之獨立緣　　此係矯正之位置長橫線係銀縫線短者係馬尾縫線

(一) 將脣完全解離上頜骨及齒槽.即割斷其粘膜摺處及其他軟組織也.在齒槽之外側更宜如此.若鼻過扁平亦當將鼻翼部割離上頜骨.出血雖多.然用海絨壓之即可停止.

(二) 削其裂緣.削法不一.然茲論祇論其二.其目的係使裂緣藉瘢痕而併合.瘢痕愈不顯則愈妙.且其粘膜與皮交界之紅暈須整齊.但所削露之肉面須闊大較過.是以瘢痕日後雖收縮而脣仍齊也.其二法如下:

(甲) 羅氏手術(第三百零八圖).割口可由裂尖或鼻孔內起.下行成凹向裂之半月形.故二側縫合時中央即向下凸.若鼻

第三百零九圖

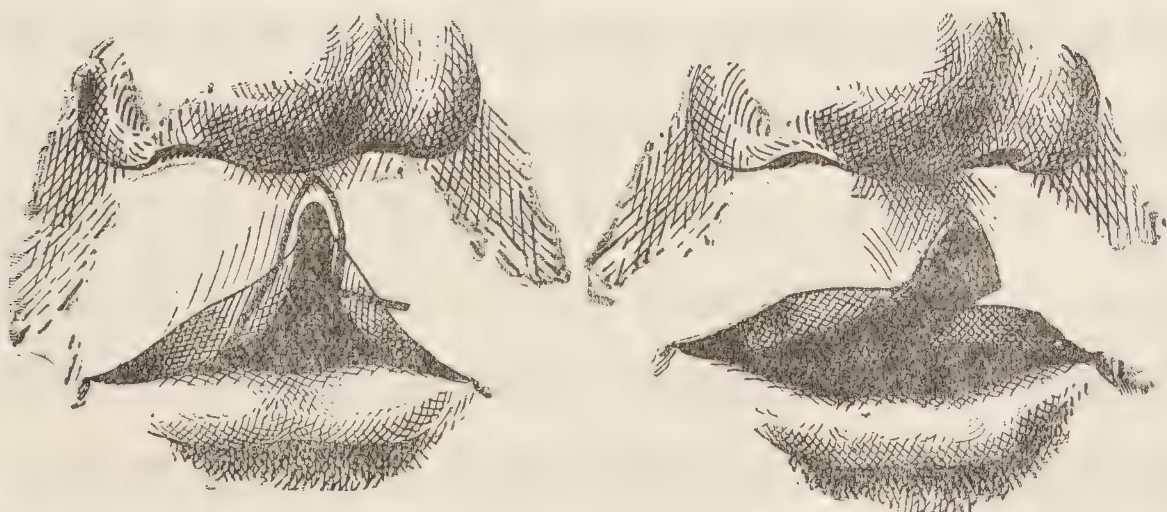


Fig. 309.—MIRAULT'S OPERATION FOR HARE-LIP

米氏脣裂手術

係割脣片之式　　表明已割之脣片如何縫合

過扁平.則破之外側宜多削去.俾縫合後鼻形規正.如此脣形雖當時較長.至癒合而瘢痕收縮時則長短適宜.而脣之緣紅亦齊.

(乙)米氏手術(第三百零九圖).宜將脣裂之內緣及裂尖削成無皮之新斜面.後由脣外紅緣割一厚片.將此厚片貼植於內緣斜面.裂之上部二側亦須貼近縫合.

(三)縫法.以指揑脣兩側.不可用力過大.隨用二銀線深縫之使不離位.一線近於紅緣之上.一線近鼻.乃爲牽鼻至正位而固定之.縫時本側鼻孔宜較小.因後必致展大.再用馬尾線或腸線縫裂之二緣使之正對.其粘膜與皮之交界亦須留意對準縫之.深面粘膜亦縫連.每縫線縛妥後則持之以翻脣而助另縫他線.其傷口上覆以紗.復用乾紗一塊製成蝴蝶形.將蝶之腰處貼於脣蝶之二翼貼於頰固定以火棉膠.深線第四日去之.淺線宜第八九或十日去之.迨深淺二線皆去.再候三四日方可去此紗布.當前數日宜將其母乳用法吸出.而以匙喂之.約至五日方可使之自吮.並將嬰之二臂用夾板夾其肘關節使不能屈.免其抓動敷藥類也.

雙側裂手術 可分二級論之:(一)處理門齒骨.若未離本位不必動之.只治脣裂而已.若骨向前凸出或完全截除.或復其正位.或設法減小.(甲)凸前甚者必截除之.宜先將上脣中部解剖離骨.後用骨鉗剪斷骨底.斯時骨內所有之一小動脈必外噴其血.有時須用烙器方能止其血出.俟十日後再治脣裂.如此恐其上脣塌陷致成若干畸形.須將所備之帶門齒之人工齒槽安一凸物於其前面以免之.(乙)復其正位有數法.至佳者乃割開鼻中隔下緣將其二側之粘膜及骨膜解剖離骨.後將骨彎回或折回使復原位.再用銀線縫定.立即縫合脣裂.則脣有夾板之作用.俾門齒骨歸原位而不復凸起矣.此復位術之優點.即中門齒仍留.其上頜骨及面形亦不改變.然其劣點.即門

罕
齒骨與上頷骨.中
能相連穩固.且中
門齒發育不足長
而斜向後.因門齒
骨移轉故也.且門
齒骨亦阻二上頷
骨相併.迨治腭裂
則更難. 但若循
鼻中隔橫割開.則
可將門齒骨後滑
至原位.俾鼻隔夾

第三百一十圖

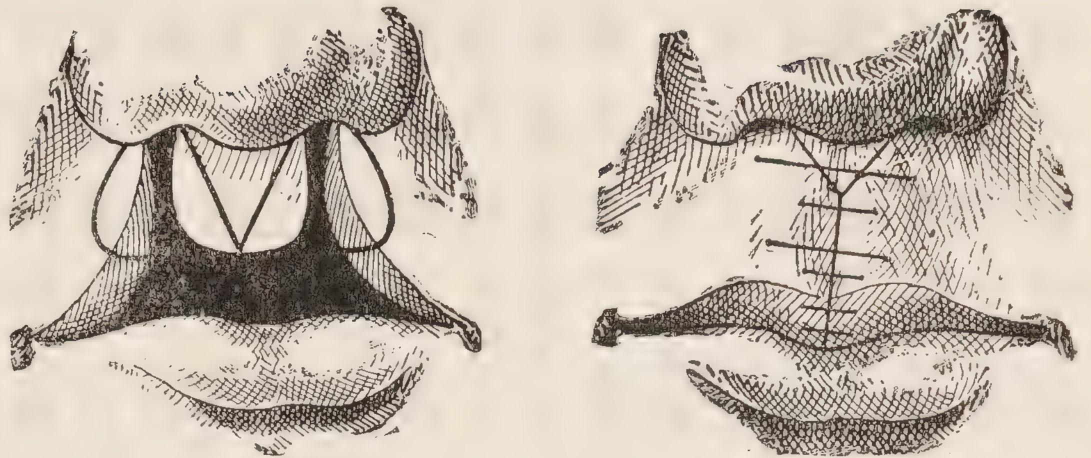


Fig. 310.—ROSE'S OPERATION FOR DOUBLE HARE-LIP
羅氏雙側脣裂手術

表明脣中部之削法及二旁部由鼻孔至脣紅緣之半月形割口

表明縫合之法中部接於兩旁之間橫線長者指銀線短者指腸線

之免其移轉. (丙)門齒骨若不甚凸前.可剜出骨內所蓄之幼齒俾骨縮小.以便其裂緣輳近遮於骨前. (二)整理軟組織.與治單純裂者畧同.先將脣多解離骨.後將脣中部之緣削去兩側俾成V形.二外側部之緣割成半月形(見圖).則將二側部擁向中央縫之.遂於脣中部成V形之瘢痕.(其中部之尖勿拉至脣之獨立緣免致鼻尖降下).隨又用二銀線深縫之.一縫於中份之尖.一縫於紅緣畧上. 其所用之敷料及善後療法.亦與治單純裂之法同.治畢若嬰兒之口小呼吸較難.須使看護壓其下脣或於下脣外刷火棉膠一豎道.其口卽開則呼吸易矣.

正中脣裂 此患有二類.一僅脣之中線畧裂.一門齒骨及鼻中隔俱無.致鼻梁甚平.脣正中且有寬凹.

面斜裂 罕見.約自脣裂之處起.循鼻翼外側至下瞼內側止.此畸形亦或兼有虹膜及脈絡膜裂.其故乃因鼻眶裂未長合.故循鼻淚管之路成此畸形. 或僅限於輭組織或缺至骨甚至露出上頷竇.

巨口 即口過闊.因上頷突與下頷突未長合之故.累及一側或二側.兼有耳成畸形者.如重耳是也. 巨口之患大約於上下脣各長一小乳頭.此口輪帀肌之止處.指明正常之口角.故治此畸形當於小乳頭後削而縫之.則成正常口矣.

下頷裂 此患因胎胚之二下頷突未於正中線長合也.能累及下脣軟組織或下頷骨.甚或致舌有缺.但甚罕見.治法與脣裂同.

小口 此係脣之成分長合過度之故.或兼下頷骨舒長未全. 設口過小.宜橫割開兩側.隨將粘膜與皮縫合.則成正常口矣.

巨脣 Macrocheilia. 此係脣過長也.其類有三: (一) 先天性者.與巨舌同類.係先天性淋巴間隙膨脹.或淋巴管有慢性擴張兼結締織過長所致.多見於下脣.致脣厚硬且外翻.畸形大顯.治法即於脣之中部去一V形塊也. (二) 後天性者.有結核性之小兒易患之.故又名爲結核性脣.患在上或下脣無定.惟在上脣者或畧多.其脣增厚之故.乃因脣恒有裂紋易於受染令淋巴管有慢性炎而致. 若用法令裂紋痊癒.身體健壯.其脣即速縮小. (三) 成人者幾盡因第三期之梅毒.累及下脣較多於上脣.其脣變厚而硬.因此期有蔓延性之硬變也. 用梅毒全身療法治之其脣自癒.

梅毒性脣患 非罕見. 第一期之下疳 chancre 乃因與患梅毒者接吻,或用其煙袋,抑玻盃所致.其下疳成一潰爛之平面.有少許漿液膿性液.其深面之組織被浸潤而硬化.或瀰漫至全脣.雖其硬化不及生殖器下疳之多.然其浸潤較闊.頷下腺受累甚早.進行較速. 治法與治他處之梅毒下疳同. 脣之下疳與脣之上皮癌酷似.然脣下疳進步較速.淋巴腺受累較早.且長

甚大.亦無瘤之特殊惡病質.病者之年歲較小.病之經過及其局部情況亦異.即其疳面較平.不似瘤之瘊形而無規則.且累及皮較多於粘膜.並下疳多生於上脣.瘤多起於下脣（第三百十一圖）. 至第二期多見粘膜斑於脣內及口角. 至第三期則生匐行性潰瘍,或樹膠樣腫,或成上論之瀰漫性硬化. 在遺傳性梅毒者.其脣常有裂患并粘膜斑.重者口之兩角或有放射瘢痕.足爲遺傳性梅毒之特據(第二十六圖).

脣皸裂 Cracked Lips. 素因天氣寒冷致脣之中央破裂一隙.痛甚.且將脣翻捲或緊張.最易出血.多見於下脣. 在有結核性之小兒.或有數裂隙久不見痊.多致被浸潤而硬變.或致淋巴腺亦受累. 治法敷羊毛脂已足.若仍不見痊可搽硝酸銀.

脣疱疹 Herpes Labialis. 此與卡他,肺炎,或他熱病有關.無論上脣下脣皆能生之.爲限局性.患處充血而痛.繼而起數小皰.過數日變爲膿皰.後則破裂而發乾.起止不過七至十日即痊.無須特別治法.若在脣內面.其上皮早潰爛而脫.故成皰之時期甚短.

粘液囊腫 Mucous Cysts. 起於脣之內面.乃爲小圓腫.透明而含膠狀液.因受損傷致粘液腺管口被塞所致. 治法宜剖出全囊.後縫閉其割口。

痣 Nevi 在脣非罕見.僅生於脣之內面者可以剖出.若大而累及脣之全厚.宜用電解法治之.

瘊 Warty Growths. 常見於下脣近口角之處.形似鱗狀上皮瘤.然不成潰瘍.亦不累及淋巴腺.其底亦不多被浸潤.此與鱗狀上皮瘤相反者也.但每變成惡性瘤.故割除愈早愈妙.

鱗狀細胞瘤 Epithelioma. 此多因脣被短煙袋激刺所致.(西人之白膠泥及中國人之銅類所製者易於傳熱則尤甚).或因常被突齒或澀齒或齲齒所激刺而起.在英國之婦女少見.若有之多係用白膠泥煙袋者.或由脣皸裂之周圍硬變而起.漸次延蔓而現特殊之惡性潰瘍.或起於瘊致瘊漸成蕈狀而潰爛.或起於慢性浸潤.使脣有不規則之結節變厚.且脣似乾枯.捫之覺硬. 亦有時見於口角.則累及上下二脣.若聽其常長而不治.則

漸成爲大小不等之潰爛塊.甚至累及頜骨.其頦下頜下之淋巴腺亦早受累.且伴頸血管之腺起繼發性癌.除此則不甚蔓延.故內臟受累罕見.其致死之故多因頸繼發性癌長大而潰爛.但於潰爛之前或有囊腫性壞變.潰爛面溢液之多寡則在染菌之輕重.因神經被累故甚痛.且因頸血管被侵蝕.則有出血之險.

診斷 罕有疑似者.但間或誤認瘰或下疳爲鱗狀上皮癌.然觀其病歷及其癌底並諸情形足能鑒定.設有疑點可敷可卡印割取一小塊.用顯微鏡查視自可了然.

治法 若能完全截除其原發癌及其有關之淋巴腺.即頦下頜下及頸動脈深等腺.無論長大與否皆須施行.若頸動脈深腺已長大.則粘着甚固.恐不能施行.設癌限於脣之一部.可割除一V形塊.其割線須距癌之周圍約半吋(第三百十一圖).後按補脣裂式縫之.則成畸形不甚. 設癌大.截除後則有大缺.非設妙法修補之則難得美滿之結局.一法即割一較大之V字形口截除其癌.遂由口角一側或二側橫割開.將脣剖離頜骨.再將左右二片揑向中央縫合.而循所補新脣之緣將粘膜與皮縫合.

第三百十一圖



Fig. 311.—V SHAPED INCISION FOR REMOVAL OF EPITHELIOMA OF LIP
截除脣癌之V字形割口

若必完全截除下脣.用賽姆氏術 Syme's operation 甚佳.其術即先將患脣完全截除.後由缺之當中割二彎形刀口.均循頦下至下頜角下.所成中間之人字形皮片仍麗於下頜聯合.可作新下脣之基礎.再將左右二皮片解剖離骨提之向上.於中線縫合作成新脣.瘉後有人字形瘢痕.此處之皮甚有彈力性.足可牽之

以遮滿傷處.無須留其生肉芽而瘉之面.其皮片之上獨立緣須與粘膜縫合.此術可望得第一期瘉合.

若必完全截除上脣.其修補法甚多.最佳者則繞兩側鼻翼各割一口.向外至頰輭組織使之離骨.俾二側易向中線揑合.但用此法當留意.免傷腮腺管.

面及脣受槍彈創傷後之成形手術

REPARATIVE SURGERY OF LIPS AND FACE AFTER GUNSHOT INJURIES

當歐役時面受彈傷爲常見之事.彈從前後而來者較從旁來者死率多甚.因易累及其生活中樞也.其面之損缺大小不一.小則祇鼻尖或頰等被擦破.大則面部幾完全炸去.口腔,鼻腔諸副竇,腮腺管,面神經等自常被累.面神經受累者除其幹一段缺失外.大有完全就瘉之趨向.

治法 應乘其在分醫院時施治. 面部受傷因彈不曾經過衣服等汚物大抵不甚受染.其血供給甚爲豐富.而其肌祇爲一薄層.不致患氣性壞疽.是以立時截除其傷區無須過於廣闊.對於脣並鼻翼,眼瞼等缺失.須竭力愈使其恢復原形愈妙.對於鼻口咽三部之粘膜愈少截除愈佳.倘傷累及口腔.每須將粘膜試行縫合.以免外傷受口腔之染.且於外傷施足敷排液之法.蓋面部之傷若患繼發性出血.常因不用法排液致毒閉於內而致也.

諸副竇若被傷則多受染.任用何修補術之前.須設法將所累之竇自由導液至鼻而排出. 須俟受傷之組織變爲柔軟嫩稚而無何炎性硬化之後.始可施修補術.以免潛伏性之染毒被激發而有活動之趨勢. 矯正其形式及恢復其官能.對於鼻,頰,下瞼等少動之器官較易於脣及上瞼等之多動者.

上脣若欲造一人工上脣.須由口角向下前至下頷骨下緣備一長方形皮片.若欲有粘膜所備之皮片宜帶之.遂將皮片解離提上而縫合於其新地位.須將皮片下緣與粘膜縫合以造成脣之紅緣.所遺之肉面宜謹愼縫合.

下脣若全無.可依下法使之成形.卽從口角幾至耳屏左右各割一口.該割口在嚼肌前緣之前應透過頰壁.在其前緣之後祇割其皮.免傷面神經也.再從耳屏往下割若許.遂將所割之二大片翻往下.而將其內襯之粘膜與下頷骨割離.惟須謹愼保護左右皮片內所含之二頷外動脈.則使二皮片互相湊近於正中線縫合.但須無緊張力.後將割透份上緣之皮與粘膜縫合.以作新下脣之紅緣.頰及頸所遺之肉面.若將其周圍之皮與其深組織解離.則可將皮牽往肉面蓋覆而縫定之.

若下脣缺一部分.則可備鼻脣部之長方皮片移補之.皮片之長軸幾居鼻脣所成之溝.其蒂幾居口角.若所欲成之脣應帶粘膜.割片須透過頰壁使帶粘膜.遂將皮片移轉於應居之新地位而縫合之.其頰部之割口易於縫合而無緊張力. 總之對於脣成形術.其成形之料上下脣可互相移借.

顴部.若欲成形顴部並其深面之顴骨及上頷骨.可依下法施行.卽從顴弓之中點上至顳上線割一垂直口.則顳肌現露.遂備一蒂居下之顳肌片.須足敷彌補顴之缺份.則易於移轉於缺處而縫定之.再將顳顬與額部之皮割成皮片.移轉以覆顳肌.迨六星期備一相當之肋軟骨塊移植於其內.以作顴部之隆凸.

口內植皮術.若口腔被槍彈傷累及.則常見脣與齒槽間溝.頰與齒槽間溝,舌與下齒槽間溝等被瘢痕之帶牽連.非但阻碍其動度.且於所安之人工齒槽頗有妨碍. 處理如下.先將瘢痕帶之附近齒槽處完全割斷.直至脣頰舌等如常活動.遂用牙醫作模型料造一撐溝模型.繼用替耳什氏植皮術.將皮套於模型

之面.但皮之表面須挨模型.遂將模型置入割成之新溝而固定之.迨四至六日撤出.則見新溝面被皮所遮.然仍須置模型數星期以免新溝縮窄.

牙齒之病 AFFECTIONS OF THE TEETH

齒膿毒病 Dental Sepsis. 對於多數稱爲風濕性中毒病及消化管並其附件數種炎患.此爲重要之原因.係常居口內之鏈球菌及數類白喉桿菌所致.惟葡萄球菌口內罕見. 處理此等患.外科家及牙科家須常協力而行. 身體吸收齒部之毒.乃由二大來源.卽齒根尖及齒齦也.

(一)齒根尖周圍之染毒 Peri-apical infections 齒髓腔因齒壞蔓延往內則先受染.致顯甚痛之急性膿性炎.直至齒髓壞死.且排液若不妥善.則細菌從齒根尖孔而出齒.如此或成齦膿腫(第三百十二圖A).令痛及緊張勢均減小.或炎勢暫停.然於齒根尖仍存包圍之病竈. 若其根尖周圍之患始終爲慢性.則成一肉芽性結節,或成內襯肉芽織之小腔,或累及頜骨致骨現限局性壞死.此等患之膿毒均或吸收於體內. 患齒有無觸痛不定.雖已經牙醫生塡塞齒髓腔而鑲補之.然或忽畧其根尖所有之小病竈.如此則鑲齒非但無益反致有害.

診斷此類患非用X光線檢查不可.然必須有X光線專門家指示影圖.免致錯誤.對於齒根尖周圍有定限之腔或壞死之病竈固易鑒定.然若齒周圍之齒槽祇顯畧被吸收.不必視爲險狀及拔齒之指徵.若患者年過中旬尤然.

對於患慢性風濕病者.若將其齒完全拔去.以冀除去未檢定之染毒病竈.洵非妥善.須將全齒逐一檢查.除確定某齒實有患,或久疑某齒有患經用妥善之他法而不見效者外.無須拔齒.對於諸患齒或同時一併拔去.或隔時陸續拔去.須視患者之

年歲及其身體強弱而定.年過五旬者之恢復力不及青年人之大.是以須慎重施行.每次祗宜拔一二齒. 且周身之情况若不佳.須於拔齒之前檢查其血.倘顯白血球減少.雖祗拔二三齒或有危險.大抵須逐齒隔時一一拔出.

(二)齒齦炎 Gingivitis. 亦爲身體吸收鏈球菌柒毒之常見原因. 多爲瀰漫性化膿或潰瘍. 因不清潔而食屑屯積齒與齒根間,或此齒與彼齒間,漸漸腐爛(夜間尤甚).以致發炎.其齒齦緣充血而腫.壓之則易出血而其向齒之面或潰爛.致毒由之而被吸收. 壞血病等,或服汞劑過多,均可助其患勢加劇.其齒變爲活動.而其炎或循齒根骨衣而蔓延.甚至牙齒脫落.或致齒槽緣患壞疽.或其化膿繞齒而成齒槽膿溢(見下).

指教孩童之如何刷齒.且清潔其口,自爲重要之事.每次飯後漱口刷齒.臨睡時尤然.須視爲一定之規則.如此可免病若干.

齒槽膿腫 Alveolar Abscess. (第三百十二圖)常因細菌從齲齒之髓腔由其根尖孔而出.致其根尖周圍化膿而成.則齒槽壁擴張.其膿卽循骨邊(CD)或徑穿骨(A)至骨衣下.若膿所佔之處有限.則直穿齦名齦膿腫 Gumboil. 有時膿延行骨衣下.致骨衣離骨而成大膿腫.或使骨壞死.此類膿腫甚痛而其面水腫.大者能致全身現症狀. 亦有時致較重之併發病.卽如在上頜骨者則膿穿入上頜竇致竇積膿,在下頜骨者其膿下行於下頜下緣或頸向外穿透.則成繁難之瘻欲治此瘻.必先拔去其齒.但終不免留一凹陷而粘連骨之不雅觀之瘢痕.

治法 將齒拔出有時卽癒.所拔之齒根或帶一小膿包.若於骨衣下化膿.宜先敷熱濕布止痛.迨捫出動波時則割開粘膜以放膿.且於其內塞以紗條數句鐘之久.若割口足大屢用灌洗法已足.以二氯化氫洗之最佳. 若頰腫紅亮而皮變薄.須先將頰割一口.迨腫消後再拔其齒. 若拔齒後仍存小瘻當施手

術除去瘻內之瘍性或壞死之骨. 若患在下頜骨,或嚼肌被浸潤而硬化,致下頜不能動而口不能張.非用手術不能治療.

齒囊腫 Dental Cysts. 不為罕見.多因齲齒之戟刺所致.故常見於易壞之齒.卽上第一臼齒及前臼齒. 多起於齒根致該處之骨現整齊之膨脹.然若不受染則不痛亦不發炎.未幾其囊腫之中央軟化而周圍之骨卽被吸收.捫之則覺如蠟紙聲.後則成為緊張而有彈力性之圓腫團.可於其周圍捫出所餘之膨脹骨。生於上頜骨者多侵入上頜竇內.但竇壁不破.只將粘膜推入耳. 凡起囊腫之齒均易壞死.或祇存一腐敗之根.

第三百十二圖

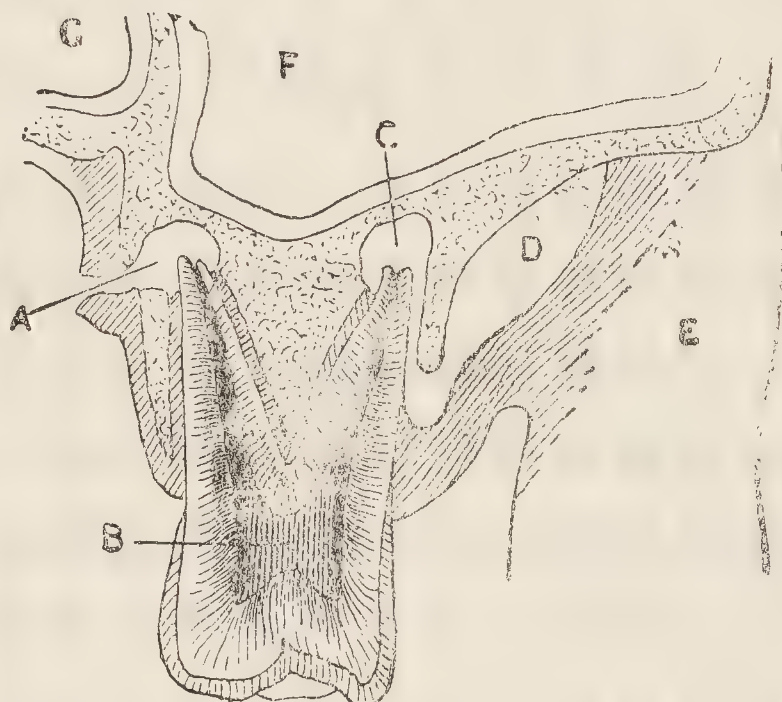


Fig. 312.—DIAGRAM OF ALVEOLAR ABSCESS RESULTING FROM DISEASE OF MOLAR TOOTH

A, abscess arising from escape of septic material from B, the pulp chamber, through the foramen at apex of the fang; it has burrowed directly through the alveolar process and burst through the gum; C, similar abscess, which has tracked down beween the tooth and the alveolus and spread out beneath the alveolar periosteum at D, constituting the typical alveolar abscess; E, cheek; F, antrum; G, nasal cavity.

係臼齒患病所致齒槽膿腫之圖式

A為因染毒質由齒髓腔出根尖孔所成之膿腫.其膿已直接穿透齒槽及齦而出. B為齒髓腔. C為同樣之膿腫. D膿經過齒與齒槽之間而蔓延於骨衣之下.成標準之齒槽膿腫. E為頰部. F為上頜竇. G為鼻腔.

原因.約因胎胚釉質器之賸件被從齒髓腔而出之膿毒質激刺而增生所致.該賸件遂生上皮組織塊或柱.厥後成囊腫性變.其患之發生與上皮性齒腫瘤(見下)相同.惟此患僅生一囊腫.不似牙腫瘤生多囊腫也. 其內之液稠而有粘性.用顯微鏡視之可見其壞變之上皮細胞及可詠司特林(膽脂素).

治法 宜從口內將囊腫敞開.隨卽拔去齲齒或齒根.並割除齒槽之前壁使齒槽與囊腫共成一腔.又刮淨上皮所成之裏膜.再用紗條塞之.令其生肉芽而癒. 若生於上頜骨.當極端輕手整理囊腫之深壁.因囊腫與上頜竇之間隔甚薄而無骨質也.

齒瘤 Odontoma. 見一百四十五面.

取齒術又名拔齒術 EXTRACTION OF TEETH

此事雖多屬牙科醫士所爲.然內外科醫士亦偶爲之.有時必須有閱歷及手技方可施行.用迷蒙藥否無定.若祇拔一二齒則用一氧化氮 nitrous oxide 或氯化二烷 ethyl chloride 已足.若一次拔取多齒則用醚或醋哥醚合劑 A. C. E. 爲佳.若病者坐起切勿用哥羅芳. 自須先拔後齒後拔前齒. 對於各齒應選用各合宜之鉗.更宜切記各齒根之多寡. 拔門齒及犬齒時宜隨轉隨拔.拔前臼齒及臼齒時宜內外搖動而拔.其鉗宜先滅菌.隨卽置於齒頸與齦之間.繼伸鉗向齒根直至夾穩.始搖動而拔出.

拔時間或遇意外之虞.如齒冠折而遺根於本處.則當用根鉗一一尋覓拔之. 設拔第一二上臼齒.或偶不經心將一齒根推入上頜竇內.致該竇發急性膿性炎. 致撕齦或傷齒槽緣常不能免.然下頜骨折或顳頜關節脫位則不應有. 有時非用撬子不能取出陳齒根.然用時務宜留意.

齒已拔畢.則用無菌之水或石炭酸液漱口.血出約卽速止.倘齦多撕裂.宜用指壓回本處.若口內不潔.當用碘酒抹其齒槽之臼.後用硼酸液漱口. 倘血出不止.如患紫癜.壞血病.血友病者.當將紗條浸止血藥小心填塞齒槽之臼.其止血藥宜用腎上腺素或安替派林.然氯化高鐵於口內不適宜勿用. 若血止二三日後偶然復出.此係齒槽臼染菌之故.當由外側敞開其臼截除其齦或兼骨.使溢液易於流出.且易填塞浸止血藥或抗菌藥之紗條.

齒齦及齒槽之病

AFFECTIONS OF GUMS AND ALVEOLAR PROCESSES

海絨性齦 Spongy Gums. 或名**齦炎** Gingivitis 每因汚穢而不潔淨之齒,或服汞劑,或患壞血病而致(第六百六十二面)。

齒槽膿病 Pyorrhoea Alveolaris. 此係齦緣發炎而化膿。循齒根與齦所成之小袋流出.劇烈者其齒根水腫.甚至掩埋齲齒之殘份.易於出血.舌面生苔.氣息臭惡. 輕者及較晚期者.其齦組織皺縮.並隨齒槽緣而萎縮.致齒根現露.則齒自鬆活而脫落。如此其患可自瘉. 此患累及少數齒或多數齒無定.

在起患之前有過多牙砂屯積.後牙砂與齦之間染菌發炎。其炎即循齒根骨衣蔓延或累及鄰近處(如上頜竇).若壓其齦緣則有多少不等之膿擠出.其全身症狀見五十二面.

治法 先將牙砂去淨.後敷斂性藥及防菌藥.如二氯化汞甚佳。非獨敷於粘膜面.亦須敷於含膿之小袋.有時宜用電烙器以滅其小袋外壁所生之肉芽織.或拔取其齒. 此患每次施治勿太過.恐毒素吸收增多致全身之症狀加甚.且恐病者之抗病力不足也. 此患之難治療者.以伐克辛療治之或有益.

齒齦過長 此患乃齦過長成無帶之贅生物.繞齒並居齒間.其齒常成齲性.小兒多患之. 輕者敷三氯醋酸 ac. trichlor-acetic. 品將過長之組織毀滅.重者則用截除術治之.

齦瘤 Epulis. 此瘤乃從齒槽骨衣生出.厥分二類.即單純者及髓樣細胞者.

單純性齦瘤 約係纖維瘤類.起於上頜骨或下頜骨不定.惟生於下頜骨者較多.每因齲齒激刺所致.雖多顯於齒之外側.然亦有穿於齒間而現於齒內側者.形似紅色之肉塊.面滑或

分小葉.有彈力性.淺面或畧潰爛.餘面被粘膜所遮.內或含數骨刺。 治法.須將患齒或齒殘份及瘤一併除之.若係小瘤割除後僅刮生瘤處之骨足矣.若係大者或割除後復長.須截除齒槽之生瘤份.截除時應於瘤之前後各拔一齒.後用鋸豎鋸二齒槽之臼.隨於二豎鋸間鑿除四方骨一塊.如此則頜骨不致全斷.

髓樣細胞齦瘤 Myeloid Epulis. 此係由齒槽突內所生之髓細胞瘤.爲速長而軟之紫色團.後則潰爛.或成蕈狀.其深部或有骨化之處. 此瘤之惡性限於局部與他類之髓樣細胞瘤.同 治法.宜截除全瘤及生瘤之骨.若生於上頜骨.非完全截除上頜骨之腭突不可.若生於下頜骨強半能依截除單純性齦腫瘤法而行.

鱗狀細胞癌及肉瘤 Epithelioma and Sarcoma. 肉瘤係圓細胞或梭形細胞類.俱可由齦而起. 長於齦之鱗狀細胞癌罕成蕈形.而多侵佔骨質.長於上頜骨者或延入上頜竇.故亦名爬性鱗狀細胞癌. 現癌類之普通症狀.且淋巴腺增大.齦有特殊之潰爛. 治法.惟完全截除瘤及生瘤之骨.並所能累及之淋巴腺而已.

頜骨壞死　原因 (一)齲齒所致之骨衣下齒槽膿腫.(二)外傷.如碰打等傷.任骨折與否俱能致之.骨未折而壞死者乃因傳染性骨炎所致.亦有因取齒時鉗或撬子不潔起傳染性炎而致者. (三)或因某疹熱病,或滋養不良,或貧血等患.則起傳染性之特發性或栓性骨髓炎.致所壞死者佔下頜骨強半或全部. (四)有服汞劑過度致中其毒而得者.然近今罕見.(五)燐中毒性壞死.見於火柴工廠之工人.但平常之黃燐能致此患.而無晶形之紅燐則不然.蓋燐氣由齲齒入骨致起急性炎.終致骨死.骨衣下多生新骨.其死骨即變疏鬆而色灰.似不潔之

浮水石.乃緩緩與好骨相離.任上頷下頷二骨俱可得此患.然在下頷骨者畧多. (六) 間或因結核或放線菌病而致.亦見於梅毒之第三期.多累及硬腭之齒槽緣.

小兒未生恒門齒之際.有時下頷聯合被膿菌或結核菌所染而生膿腫.致成骨瘍或限局性壞死.此患當於頦下處割開.刮淨有患之骨質.齒雖脫落.然結局甚佳.且瘉後之瘢痕亦不甚大.

症狀 無論係何病原所致.其症狀大概相同.急性者初起時骨內及周圍甚痛.後則面大腫.張口及飲食皆難.體溫升高.或有寒戰口氣臭惡. 遲早必成膿腫.或向口內穿破.或由面穿破或下行至頸而穿破.後則成漏.常出臭膿. 有時於死骨塊處生一新包殼.然在上頷骨罕見.縱在下頷骨亦有時其死骨裸露而多被吸收.終不生新包殼也.

治法 初期宜在頰部敷熱濕布.若一疑其內有膿卽由口內循頰齦間之粘膜割至骨面. 若已有死骨須按常理治之.卽每日用消毒藥液灌洗諸瘻三四次.迨死骨片與好骨相離則除出之.若能從口內除出尤妙. 但有時非由外開口排液不可.病重者或由下頷聯合至顳頷關節之骨一側完全壞死.則宜從外割一口.將患側骨與對側骨鋸斷而完全除去.

上頷竇之病 AFFECTIONS OF THE ANTRUM

上頷竇爲上頷骨內一錐體形之腔.其橫切面爲三角形.壁爲骨性.厚薄不一.而其眶,鼻,面,之三壁均薄.在下面祇有一薄骨片使之與上前臼齒及第一二臼齒等根隔離.在上有眶下神經血管潛於上壁內. 該竇內被粘膜性骨衣所襯.該骨衣與鼻腔之粘膜連續.此竇通於鼻腔之口居竇內壁.約高其底一吋.因此對於排液頗爲不便.其膿必高過此口方能溢出.且此口被中鼻甲所遮.而距篩漏斗及篩前蜂窩之諸口不遠.故諸腔彼此互相感染甚易.

上頷竇慢性膨脹.其故頗多.任以下四方向均能顯之: (一) 向內.致鼻呼吸被阻.且壓鼻淚管致患淚溢. (二) 向上.致眼球突出. (三) 向下.致腭一側下垂.或齒行不齊. (四)向外.致頰於顴突下現一特殊之隆凸.如

此若將指置於頰與頜骨之間.則覺上頜竇前壁之抵抗力減少.且或發硬紙聲.或竇之前壁完全被吸收.祇現一彈力性囊腫. 患此膨脹者常有眶下神經痛.

上頜竇內化膿 Suppuration in Antrum 又名上頜竇積膿 Empyema of Maxillary Sinus. 原因 有因第一二臼齒或第一前臼齒之根有患所致者. 亦或因流行性感冒桿菌,肺炎球菌,鏈球菌,卡他球菌,葡萄球菌,所致之急性鼻腔炎而得.則鼻他副竇如額竇,篩骨蜂窩等,兼受累. 又或由受暴力而得.抑或因泅於海內或死水內或游泳池而受染. 在慢性者其竇爲軟息肉性之肉芽織充滿.

症狀 使人猶疑不決.故病者雖經患多日尚未認確. 在慢性類.鼻之一孔流膿.時流時止.眶下部作痛.久嗽.咽亦易受刺激.膿之多少及形色無定.有時甚臭.若俯首則膿溢入鼻.仰臥時膿或溢入咽. 若病者自覺氣味臭惡.足證明其上頜竇已受齲齒根之染. 若上頜竇通鼻之口閉塞.諸症狀俱覺增重.而痛及腫尤甚. 在急性類.與上論之諸症狀相同.但較重.且膨脹性痛最甚.體溫升高.患側之一二齒常痛.乃因上齒槽神經之數枝患痛之故.且因上頜竇之粘膜緊粘骨衣.恐竇之骨壁亦壞死.或患瀰漫性骨髓炎.

診斷 每甚不易.但因膿時流時止.或因某臼齒或前臼齒已死或常痛.皆使人疑爲此病. 若俯仰或偏向其頭而鼻有膿流出.乃爲通鼻之一副竇化膿之特狀.大約爲上頜竇.若將鼻理淨.復令其頭俯.則見膿由中鼻甲下湧出.足證其爲上頜竇化膿.

更宜用透照法 Transillumination 查之.其法即令病者坐於暗室.置小電燈於口內.上頜竇若無病.則頰脣及眶下緣俱透紅色.

若將下瞼牽下則見鞏膜下份亦透明.而瞳孔成紅區. 若竇含膿,血,瘤,息肉等,或其粘膜抑骨壁增厚則不透照. 夫透照之

法用處有限.因有人無病亦不透照.故光透時固知竇內無患.而不透時亦難定其是否有病.但一側透照一側則否.此確爲有病之據. 旣用此法若仍不能决定.宜在鼻下道用套針穿入竇內.遂灌洗之則可鑒定.

治法 按病之情况而稍異.但須注意上領竇之通鼻口高於竇底一吋.故其膿難自流出.祇站立時能溢出而已. 對於取齒後或將齒根誤推入上領竇所致之急性類.起初用鑽將齒槽之孔擴大或足使其膿流出.後用橡皮栓塞之.每日由鑽孔用無菌鹽液洗竇二三次.迨無膿溢出可容孔生肉芽而閉.然有時雖用橡皮栓.恐食屑入竇內.致其炎又發作或成一恆久之瘻.故今不多用.

對於一般急性類宜由鼻灌洗上領竇.即先用可卡印麻鼻下道.遂用套管穿通竇內壁.而用無毒溫鹽液灌洗之.初起宜每日一次.後則漸減.用安息香雜酒,薄荷冰,猶卡列托,合製之吸入劑.每四小時吸一次有益.且令病者舒爽. 然灌洗以前須確定套管尖實居竇內.非仍在鼻腔,或過竇而至眶腔,或頰下,或翼部等處.且須將空氣吹入套管.若其管之位置適合則有呼哨聲.否則成顯然之氣腫.若然須撤出套管.另行插入.

對於慢性類約只用鼻內手術足矣.但欲獲其效.必將竇內壁(即鼻壁之下鼻甲下之份)截除強半.使成一大孔.以便灌洗及排液. 有時竇內積有息肉性肉芽織,若欲除去之.須於第一臼齒上割開口粘膜而截除竇前壁如此可直接窺其竇之內容而刮淨之.後或可縫閉口粘膜.但其裏膜不必完全刮除. 然須鑒定其患祇限於竇.非係因他竇之膿溢入該竇而致也.

上領竇水腫 Hydrops Antri. 此乃上領竇因粘性液屯積致成慢性膨脹.其液與舌下囊腫內之液相似.此患不痛.亦無發炎之狀.其膨脹漸甚.若按其前壁則發破蛋壳之聲.或有波動之

狀. 昔人謂此患之原因係上頷竇通鼻之孔被塞致竇內分泌不得流出.而其實多由竇粘液之腺成一囊腫.或因有齒囊腫侵入竇內也(見六百六十三面).罕有爲含齒囊腫所致者(見六百七十四面). 治法.宜由口內割開粘膜截除竇前壁之一部分.足敷完全割除囊腫而灌洗且排液.有時可除盡囊腫之被膜.而仍不傷及竇之裹膜.

上頷竇腫瘤 此分數類.如息肉,纖維瘤,齒瘤,骨瘤,肉瘤及癌等. 若祇限於竇內則無一定之症狀.惟較大者或令竇壁膨脹耳.然惡性者常越竇界則顯上頷骨惡性瘤之特狀. 治法.對於良性瘤將頰翻起.開竇之前壁而割除之.勿大損上頷骨爲妙.對於較大或惡性者則可施下論之鼻側切開術完全截除之.完全截除上頷骨者甚罕.

上頷骨腫瘤 TUMORS OF MAXILLA

累及齒槽及上頷竇之良性瘤.前已論及數類.其餘詳下.

骨瘤 Osteoma. 或係密骨質多生於上頷竇內. 間或有左右對稱之瀰漫性骨擴張.卽所謂骨性獅面者. 軟骨瘤生於上頷骨者罕見.

骨性獅面 Leontiasis Ossea. 幸而罕見.多見於青年人.雖進行甚緩而不停止.致病者受苦殊劇.卒至於死. 原因毫不明悉. 初起累及面骨並顱骨之數處.而骨生數鬆骨質性之結塊.塊內含纖維織.若生於面骨.則貌醜陋而成爲獅面.增長時新骨侵入諸腔如上頷竇,眶腔,顱腔等.以致眼球突出及神經痛.終至昏迷而死. 治法.無善法能療之.曾有鑿除所凸之塊者.但無甚價值.

上頷骨惡性瘤 有肉瘤及癌二種. 肉瘤較多見.由上頷骨前面而起.或起於上頷竇內.或起於上頷骨後之蝶腭凹.或

由咽之鼻部而延至上頜骨.有時多生骨致竇腔被骨塞滿. 癌或爲鱗狀細胞性.由齦而起.或爲柱狀細胞性,或腺泡性,由鼻或上頜竇內之腺組織而起. 此二種約由與釉質器或齒有關之胚性賸餘而起.究係惡性齒瘤類 malignant odontoma.

症狀 二者之症狀相同. 起於上頜骨前面者.初則凸於頰下.並侵入頰組織.後則漸長向下.自口內粘膜可以捫出.有時向深而長侵入上頜竇腔.然不阻鼻呼吸.除晚期外不致淚溢.

起於上頜竇內者.則致竇膨脹之狀已述於上.且鼻兼溢帶血之臭液.由鼻可見其瘤之潰爛面. 因其壓鼻淚管故淚溢不止.有時瘤循鼻淚管而長.則於近內眥處凸出.且患側之鼻有阻礙.且或腭被壓向下.有時其瘤循篩漏斗而累及額竇及篩骨蜂窩致內眥處腫大.或侵蝕竇頂而累及眶部.

起於上頜骨後面者.卽蝶腭凹或顱底等處.則有蔓延四周之趨勢.或將上頜骨完全前推.然不侵入上頜竇.或經翼上頜裂往外穿至翼凹.或由蝶腭孔往內長至鼻.或向上長而至眶.或經翼腭管向下長至硬腭之後.然此罕見.至晚期則累及上頜竇腔並侵蝕顱底.

病徵 乃於上頜處顯出一瘤.初期病徵無定.後則瘤侵蝕上頜骨而佔其地位. 多顯梗阻,淚溢,且有血或膿由鼻溢出.疼痛最劇.多累及三叉神經之上頜段. 鄰近之淋巴腺增大.若係癌則尤甚.先累及頜下之淋巴腺.繼累及頸前三角處之淋巴腺.後則內臟亦或生繼發性瘤.該瘤進行確係標準之惡性.因此處血供給甚富故生長甚速.

診斷 上頜骨惡性瘤與良性瘤不難鑑別.蓋惡性瘤生長較速.痛亦較甚.鼻所溢出之液亦多且淋巴腺增大.並有侵入鄰組織之性.觸之易於出血. 有時須用切開術探查之.始能鑑定其確係惡性. 亦有時日久祗治其某顯然之症狀.如神經痛或

淚溢等.而未料及其病原.至於確爲良性惡性更無論矣. 透照法或可爲診斷之助.X光線亦有裏助.因能顯明有無含未出齒之囊腫也.

治法 宜將瘤並其周圍若干之無病組織及有關之淋巴腺完全截除.因近今手技較妙.診斷較早.故少用曩昔慘烈之上頜骨完全截除術. 若瘤起於上頜竇.除往下穿過腭外.多數向四圍延佈.其不穿腭之故.乃先被上頜竇底內面之骨膜所阻.或晚期被硬腭之口面骨膜所阻也.如此可施鼻側切開術.雖瘤甚廣闊亦可完全截除而保存其腭. 曾有一病案.病者之顴骨,翼部,篩骨蜂窩,蝶竇,額竇,等均受累.惟其硬腭則否.用鼻側切開術將瘤及其累及之骨完全截除.越九年其人仍存在而無復發患。

倘硬腭,齒槽,頰部受累.以不施手術爲佳.須施射線療法以減症狀.且服藥以減疼痛.

鼻側切開術 Lateral Rhinotomy. 若欲截除起於上頜或鼻腔之鄰近尙未累及口腔之瘤.此手術最有價値. 即先將鼻內敷以可卡印及腎上腺素.遂施以迷蒙藥.且塡塞其鼻後孔.後從眉內端往下循鼻側而繞鼻翼割一口.遂將軟組織剖離以露上頜骨之眶下緣及其鼻前孔緣.且將鼻軟骨與上頜骨割離.

再將上頜骨鑿開三口如下: (一)往外上經過上頜骨之鼻突。(二)與第一口並行.即從鼻前孔下緣至眶下緣附近眶下孔處. (三)與眶下緣並行.係將第一二口之上端割連. 再將骨所鑿離之份及眶底一小部用鑷夾出.夾出者之大小.視其病之情况而有差別. 用此法則上頜竇及鼻腔便於窺查.且該處之腫瘤易於截除.而無劇烈之出血及慘狀. 截除瘤後將割口縫合.則所成之畸形甚小。

上頜骨截除術 Excision of Maxilla. 按病勢及佔位之大小而異.先墊高病人之頭與肩.用陣克耳氏吸器 Junker's inhaler

第三百十三圖



Fig. 313.—A, INCISION FOR REMOVAL OF MAXILLA; B, FOR REMOVAL OF LOWER JAW.

A 上頜骨截除之刀口
B 下頜骨截除之刀口

第三百十四圖

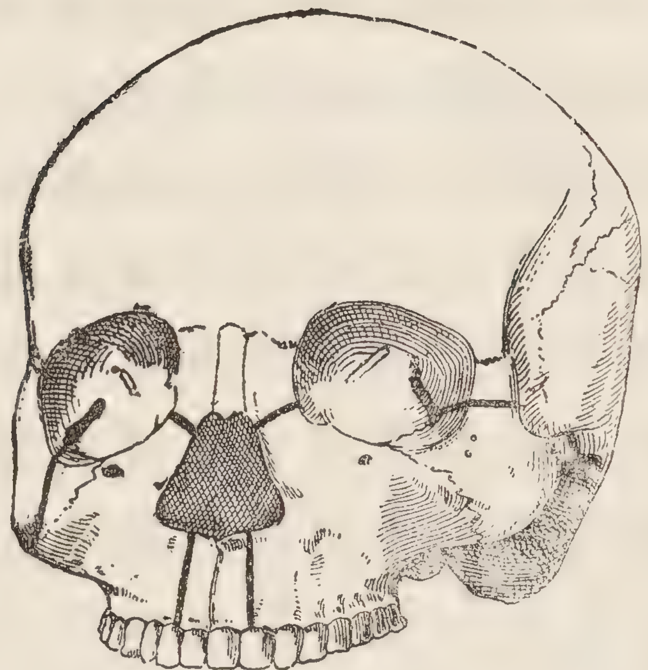


Fig. 314.—SKULL SHOWING LINES OF SECTION OF THE BONE IN EXCISION OF THE MAXILLA
On the right side of the skull the malar bone is divided into the spheno-maxillary fissure as would be required for disease limited to the body of the bone. If the tumor invades the malar bone incisions on the left side must be made—viz., horizontally through the upper part of the malar bone into the fissure and behind through the zygoma.

圖內黑綫乃指明上頜骨截除術之割斷處
右側乃顴骨已割斷至眶下裂病限於上頜骨者可用此法若瘤已累及顴骨須用左側之割口即橫鋸顴骨上部至眶下裂且鋸斷顴弓

施哥羅芳使之迷蒙.若有敏捷副手助之.自不必先用氣管切開術. 此術分三期而論:

第一期. 割口翻起頰部之軟組織. 先拔去患側之中門齒於中線割斷上脣.由此延長刀口繞鼻翼循鼻旁至內眥下半吋處.復循眶下緣至眶外側或顴骨爲止(第三百十三圖A).將所割之片剖離其骨而向外翻.至現露其顴骨隆凸.

第二期. 截斷上頜骨之連接處. 先將鼻旁割離骨.再剝眶底骨衣離骨. 隨用鋸鋸斷上頜骨之鼻突.且鋸斷顴骨達入眶下裂.更用尖鋸置入本側鼻孔內.經過已拔門齒之臼.由前向後鋸斷齒槽及硬腭. 後用長柄骨鉗截斷三處未鋸盡之份.但鉗頁之平面須向良組織.而其斜面須向病組織. 再用鉗作撬

子將上頜骨撬起.如此爲之上頜骨後之連處必折斷.即內外翼突近其根處及篩迷路循眶內緣處折斷也.

第三期. 截除骨及瘤. 宜用獅口鉗啣骨.其鉗之二頁一置於齒槽一置於眶下緣.用張口器開其口.軟腭若未受累則割一橫口使其離硬腭.其餘連處亦盡行割斷.將骨取出. 此時眶下及腭降二動脈或多出血.可暫用海絨塡塞.後用綫縛之. 其瘤若有餘部應即時除出.後以無菌之紗條塞滿其割腔.隨後將頰處之割口恰對而縫合之.其脣緣尤宜如此.再用紗條覆於傷口.塗以火棉膠. 用此術平常少見休克之狀.病者景況亦暫時甚佳.惜頗有復發之虞. 其所塞之紗條.經二十小時宜由口部撤出.用抗菌藥液灌洗之.後或再用紗條塞之亦可.然每日若灌洗數次.雖不塞亦無不可.其割腔自生肉芽而瘉.但瘉後自遺一通至口之大腔.可製一閉該腔之障物.障物上面凸出.以支持頰使不塌下.並令鼻腔不至太大. 手術畢.前數日須用肛飼術.或以管置入咽部餵之.然不久能自行嚥下液體物.若軟腭未傷習嚥尤易. 此手術之危險.乃在休克並繼發性出血及染毒性肺炎等. 迨傷口畧瘉.宜將頸部之淋巴腺完全截除.與治舌癌同(第三十章舌癌篇).

下頜骨腫瘤 TUMORS OF MANDIBLE

此瘤之類別與上頜骨腫瘤同.即軟骨瘤,纖維瘤,骨瘤及良性惡性瞂瘤等.前已論之.

含齒囊腫 Dentigerous Cysts. 此多起於斜列不能出之齒周圍.雖亦見於上頜骨.然生於下頜骨者頗較多.已論於一百四十三面.多見於青年人.致下頜骨膨脹.按之始硬而實.後則其壁漸薄而被吸收.捫之如硬紙聲.或有波動之狀. 有時該處缺一恒齒.或乳齒仍未脫落.因其深部無恒齒向上以頂之也.有時因

隣齒根炎累及.或拔隣齒時做開囊腫以致化膿.後則成流臭膿之瘻.

鑑別診斷.該囊腫有時與髓樣細胞瘤或齒囊腫不易鑒別.病歷久者則知爲含齒囊腫.若有齲齒則令人意及爲齒囊腫.最妙以X光線照之.若見其中有不居正位之齒卽可鑒定爲含齒囊腫. 治法.宜割開粘膜.去囊腫之骨壁一塊.足敷取非正位之齒.其腔不必縫閉.俟其自生肉芽而瘉.但切宜留意潔淨其口.

下頜骨纖維囊腫 Fibro-cystic Disease 又名**上皮性牙瘤** Epithelial Odontome. (見一百四十五面).此乃由漸而成.瘤長甚大.內有立方上皮襯裏之多數窩.約係牙釉質器所生.多見於青年人.尋常爲良性.然若過巨則侵佔隣組織.或至殞命. 治法.宜將下頜骨受累之部完全截除.

菊形菌病 Actinomycosis. 此病有時累及上頜骨或下頜骨.惟累及下頜骨者較多.係由骨內漸長而成一大瘤.與肉腫瘤酷肖.惟有化膿及流出菌絲之特狀.其全身症狀及治法.見一百三十一面.

髓細胞瘤 Myeloma. 此非僅爲齦腫瘤.亦有由骨內而生者.多累及下頜骨中部令其膨脹.但不甚顯惡勢.故治之宜從口內先將瘤之骨壁開一口.刮出其內之軟組織.用石炭酸搽之.後塞以紗條. 倘病復發.卽將骨受累之部分截除.若能留橋式骨一塊.使前後仍接連更妙.否則恐骨之二端向內塌陷甚有畸形.病者亦殊感不便. 若非截除骨之全厚不可.宜立用銀絲架支持於二端之間免骨塌陷.後再換合宜假齒槽以代其架.

圓細胞肉瘤或**梭狀細胞肉瘤** 此等瘤多由骨表而起.瘤之深處漸成骨.其經過爲標準之惡性.故宜將瘤及受累之骨一併截除.

鱗狀細胞癌 由舌,脣,齦,等處而起.後則侵入下頷骨.宜將原發性癌及受累之骨一併截除.且於異日截除其頸之淋巴腺.倘病勢已廣延而不能除其根.則無法治療.

下頷骨截除術 Excision of Mandible. 此術或因骨長瘤或廣闊骨壞死者用之.若係骨壞死可由口內取出之.然係惡性必於外割一口而取出之.

欲完全截除下頷骨之一側.其割口須由脣紅緣當中畧下處起.向下割至下頷聯合之下.由此循下頷骨下面至下頷角.復循下頷枝之後緣上至對耳垂處爲止.以免面神經受傷(第三百十三圖 B). 若瘤甚大.莫若將脣完全截斷.所割之片使其離骨而翻向外.若欲留脣上部.宜深割至骨.但先將頷外血管上下兩端縛妥.再將軟組織割離下頷骨外面.且割開口腔. 後拔本側中門齒.由拔齒之臼中線稍偏本側用鋸與骨鉗截斷下頷骨.如此頦棘及其所麗之肌不至受傷.故舌之運動無碍. 再將下頷骨外牽.割斷其內面接連之處.直至下頷角. 厥後用力牽降下頷骨.而截斷其外面之嚼肌與裏面之翼內肌之各附麗端.又將下齒槽神經及動脈截斷. 尤牽降下頷骨使顳肌健現露.以刀挨近骨而截斷之. 後又割斷翼外肌並下頷關節諸靭帶.以解脫下頷髁狀突.切記頷內動脈緊貼下頷頸內面. 制止出血後則縫合刀口.用火綿膠並紗布敷於傷處.亦可於口底用引流管數日之久.施此手術癒後甚有畸形.因彼側之骨被牽越中線而斜也.

下頷關節病

DISEASES OF TEMPORO-MANDIBULAR ARTICULATION

急性滑膜炎 此多由偻痳質斯性熱而致.下頷骨動時則痛.顴弓根畧下處有觸痛.且腫大.因關節內及其周圍有液滲

出之故.此炎大約漸能自消散.然有時韌帶變厚.致關節活動受阻.

急性關節炎 此係疹熱病後之膿毒血病性感染或淋病所致.在小兒或直接由中耳炎(如患猩紅熱時)所染.其症狀即局部劇烈炎之通常狀.且生膿腫.後約關節強硬不動. 早期宜敷熱濕布治之.並開其膿腫.有時晚期須將下頜髁狀突截除.

骨關節炎 Osteo-arthritis. 此非罕見.平常二側皆受累.其下頜髁狀突增大.可於耳屏前捫出.張口時更易捫之.且有擦音.痛在夜間及陰天時尤甚.若生於一側.則下頜骨偏向本側.若生於二側.則下頜骨被推向前.頦則凸出. 關節軟骨顯此病通常之改變.關節間軟骨漸次消無.顳骨之下頜凹變大而平.致下頜骨畧脫位.漸難張口.甚至關節強硬. 治法.平常早期可用內科之通常療法.晚期莫若截除下頜髁狀突為妙.其結局頗佳.

結核 此由骨或滑膜而起.或由鄰近之淋巴腺累及關節而致.此病之進行.與通常他處結核者無異.終致下頜髁狀突成骨瘍而常流膿.日久則關節強硬.欲免此強硬.即截除下頜髁狀突可矣.

下頜鎖閉不動 有數原因如下: (一)因上述之任何病所致之纖維性或骨性關節眞實強硬. (二)因關節周圍之軟組織成瘢痕而緊縮之故.如火傷,狼瘡,在頸部施手術,或口頰壞死而致.亦有因骨化性肌炎而致者.此甚罕見. (三)因齲齒或未出之智齒刺戟.令嚼肌有反射性痙攣則成牙關緊鎖而致.此痙攣間或為希司忒利阿性.有時為破傷風之早狀. (四)因本處炎患之痛腫致口不能張者.如流行性腮腺炎,腺腮膿腫,急性齒槽骨衣炎等.且數類瘤之大小及其地位.皆能阻下頜骨之活動.

上述之四原因.只有前二者實爲關節強硬.其餘僅按病勢用合宜之療法治之. 惟下頜恒久鎖閉不動者.或因關節有骨性之強硬.其骨質非但使關節面彼此相粘.並令上下齒槽亦相粘.或因關節內有纖維性之粘着.或因關節外之軟組織縮緊.非獨皮及粘膜縮緊.卽肌等亦然.

截斷下頜骨頸或截除其髁狀突有時不能施行.縱能施行.除將顳肌片置於二骨面之間免其復粘連外.亦無價値.且口內外之瘢痕雖已割斷.亦難得美滿之結果.因其速復長合也. 故治此病最妙之法有二.卽平齒槽割除下頜枝.或於下頜角處截除楔形骨一塊.楔尖向齒槽.俾該處成爲人工關節.其法卽於下頜角後下直割至骨.由此撥開骨衣.用鋸鋸之.

下頜髁狀突截除術 Excision of the Condyle. 此術畧難.因該處上有顴弓,下有面神經,前有腮腺,後有外耳道.故外科士著手之處甚小. 割口以彎形爲佳.卽由顴弓中間割起.彎向後下至耳屏前.只割斷皮及皮下組織.後將割片翻向前.復於切近顴弓後端微下處將筋膜割一横口.直至下頜頸.用骨刮刮淨.隨以骨鉗截斷.卽用死骨鉗將下頜髁狀突啣而扭出.出血無多.割口亦可順瘉.惟置引流管處見瘉稍遲.但不可不用之.

下頜關節內錯亂 此非罕見.其原因係關節間軟骨過鬆.故張口時該間軟骨卽摺叠.而壓於下頜髁狀突與關節結節之間.致下頜關節暫痛而鎖閉.若向左右搖動之卽可解開.亦有於張口時顯有咋聲者. 治法.重者宜將過鬆之關節間軟骨截除或縫定之.然截除較妙.其割口與下頜髁狀突截除術之割口同.輕者只敷起皰藥以消散其關節內之滲液而已.

第二十九章

鼻及咽之鼻部之病

DISEASES OF THE NOSE AND NASO-PHARYNX

鼻梁塌陷 或因創傷,如鼻骨折(見三百九十八面),或因青年梅毒或結核阻鼻中隔之生長,或因第三期梅毒而致.在孩童常因鼻中隔受傷而成膿腫,致其鼻中隔之軟骨壞死,而鼻梁塌陷. 在成人或因矯正鼻中隔偏曲,而於粘膜下施手術截除其中隔前份過多,致在鼻骨尖處塌陷.

由創傷致者速治可瘉.若躭延日久已成畸形.雖治之亦難得美滿之效果.因病而致者尤然. 然有時用骨或軟骨移植術而得佳美之效果.其術見下. 曩昔有人於皮下注射巴拉芬以治療之.然雖得暫時之效果.但不久存.

鼻梁膨脹 Expansion of the Bridge of Nose. 常因鼻內增壓日久,如生息肉所致.多因最大之慢性粘液性息肉.間有因纖維性或纖維肉瘤性息肉者. 此病鼻梁扁平.兩側凸起.故有稱之爲蛙鼻者. 先天性鼻根凸腫非罕見.或係腦膜膨出(見六百十三面),或由鼻骨間連腦膜之皮樣囊腫所致.幼年者莫如不治.待成人時則通顱內之處或自閉矣.

鼻皮病 於此不能歷述.此等病大半有關於皮脂腺.因鼻之該腺大而多也. 痤瘡 Acne. 此患常見.其原因係皮脂腺管被塞致腺發炎.嗜酒及消化不良與喜飲釅茶者較重.有時表面之毛細管擴張.而飲熱或刺戟性等液時則面易發赤.卽名酒渣

鼻 rosacea, 或兼有痤瘡. 有時痤瘡長至甚大.其底被浸潤.此名肥大性痤瘡 acne hypertrophicum. 最劇者於鼻尖成數大結節.色紅而猶如抹油.皮脂腺管口現露.擴張之毛細管亦顯出.是名爲鼻脂瘤或槌鼻或鼻贅.

治法. 對於單純性痤瘡宜先治消化不良並禁酒茶.以魚石諳三至十滴置於藥壳內.日服三次.外用安撫劑.如異極石.氯化鋅,沉澱硫等.以甘油及石灰水調成混懸液敷之.其擴張且難堪之毛細管.可以電烙器或電解針刺而療治之. 若患鼻脂瘤.非用手術不可.卽用一刮面刀將凸起之部分刮除.其餘無皮之面可用替耳什氏植皮術.或任其腺底之上皮生長以覆肉面而自瘉.

鼻之一部或全部破壞 有由受傷而致者.或由慢性炎或惡性瘤.如狼瘡,第三期梅毒,上皮癌,侵蝕性潰瘍而致.或對於上數患之任何者施手術而致.

鼻成形術 Rhinoplasty. 頗多.茲將其主要者列下: (一)印度法. 卽將額部之皮片成形其鼻.此法果能施行最爲優良.其皮片應畧成梨形.片之蒂宜含額上或眶上二動脈之一.間或令蒂居耳部附近而含顳淺動脈之前枝亦可. 若欲成一新鼻.非但須備覆蓋之組織.亦宜備支架物及上皮襯裏.若無支架則所成之鼻形必平而不雅觀.倘所備之皮片無上皮以襯其裏.雖必生肉芽織而瘉合.但必致成瘢痕而收縮若許. 對於備上皮襯裏.曾有人發明一法.卽將蓋鼻骨之皮作成兩皮片.使皮片連於鼻粘膜之蒂作合頁轉往下而翻之.令其表面向內肉芽面向外.若此等皮因受傷而喪失.可用頰部之皮照上作合頁蒂之皮片.若在額皮片未轉下之先於片之肉芽面施植皮術以襯之.大抵無甚價值. 對於備支架物.若維持鼻形之骨未壞.則無須另備物以維持其鼻尖.倘鼻骨及上頜骨之鼻突均喪失.則須另備

一支架物以維持之.卽備一二形式合度之肋軟骨塊接植於皮片之下.或於施成形術前數星期或臨施時均可. 備額部之皮片時須預留有收縮之餘份.以俟收縮後適合其度.且將皮片植於新地位時不應有緊張力.免其皮片成鼻尖之獨立緣之生活力被阻.厥後將缺鼻之傷口緣削成肉面.則與皮片之兩側緣整齊縫合. 其額部所遺之肉面須盡力將皮緣牽攏而縫合.所不能縫合之份.可用等大之全厚皮塊接植以蓋之. 須置排液管於鼻前孔留之十至十四日. 須早抽除一般縫線以免成瘢痕.二至四日抽除其強半大抵無妨.其額部之片蒂須俟十至十四日始截斷而復其原位.但若多俟數日截斷之.於面貌亦無何妨.

第三百十六圖

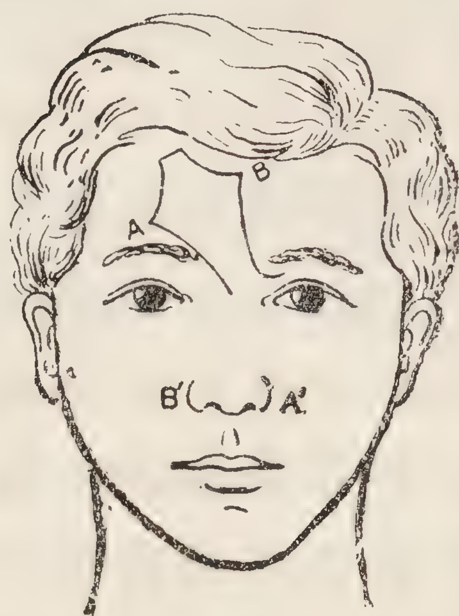


Fig. 316.—INDIAN METHOD OF RHINOPLASTY SHOWING THE SHAPE AND POSITION OF THE FOREHEAD FLAP The points A and B are brought down to A^1 and B^1 when the flap is twisted into position.

鼻成形術之印度法表明額片形式及方位

將額片扭下使A點覆於A^1點B點覆於B^1點

（二）意大利法. 卽將臂部之皮片修補其鼻.在容皮與其新地位長合之時間須將前臂及手與頭一併纏縛. 然自不便用.一則臂皮與鼻皮自非同性.一則將臂固定於頭部令人甚受困苦.一則此手術常不成功.

（三）法國法. 卽用頰部之皮片轉於鼻處而修補之.然對於成形鼻之全部勿用此法.蓋所能備之片不敷容支架物之大.致所成之鼻爲平扁形也. 對於成形鼻之一部分如鼻翼.則可備本側頰部蒂近鼻之皮片.轉於鼻翼之位而修補之.然其新成之鼻孔須照前有上皮襯其裏.否則必收縮而歸於無用.蓋收縮之趨勢.洵爲成形術之最大困難也.

(四)有時可從脛骨之內側面取出一帶骨衣之骨塊.植於鼻部以作骨架. 或可用一指.即先將指之末節骨截除.遂將所餘之指在其掌側面正中線劃開向兩側撥離.將其二劃緣與鼻之二缺緣縫合.俟長合後則將其指之接植份截離其本指.

(五)若不能備額部之皮片.可從頦下至胸部或背部備一皮條.即從頦下劃彼此距離一吋半之二並行口.將其中間帶淺脂肪及頸闊肌之皮條與其下之他組織解離.(勿截斷其兩端).遂將其二緣彼此縫合使成管形.俟十至十四日可將其胸端或背端截斷.轉而植於鼻部.迨新鼻長成後則截斷其餘份.轉回而劃開其管形.將其二緣縫合原位.

此等手術雖覺頗難.然肉組織鼻究較任何完美之假鼻佳甚.

鼻腔及咽鼻部之檢查法 欲知鼻內病必宜查其鼻之內面.所用之查法有四:

(一)鼻鏡前檢查法 Anterior Rhinoscopy. 即用大力之光如頭頂之電光燈射於鼻前孔內.並用鼻窺器.其器以雙無孔之合頁連以 U 形跳簧柄者爲最佳.將其合頁置於鼻前孔內使之開大.但須以食環二指分置於跳簧柄二側以節制開大過度. 如此可見鼻腔前部.即下鼻甲及其前端之勃起組織.若此組織腫脹則他處即不易見.所腫之組織捫之則軟.甚至有動波.然敷百分五之可卡印溶液即塌陷. 於是可見中鼻甲之獨立緣並其與鼻中隔間之裂隙.亦可查明鼻中隔是否偏向一側.有無骨性或軟骨性之距狀突.須記鼻中隔亦有若干勃起組織. 再用無菌探子檢察之尤妙.因不獨探明腫物之性質.且於目不能見之處亦能探明也.

(二)鼻鏡後檢查法 Posterior Rhinoscopy. 即將鼻鏡置於懸雍垂之後窺察鼻後孔.其法不易施行.必手技精熟者方可.先壓其舌.隨將小鏡烤熱免氣凝合成水.則置入懸雍垂後.切勿觸該垂及咽後壁.若將鏡左右移動或作斜勢.即見鼻後孔諸物.倘不能見.須以可卡印麻咽門.用牽開器提起腭帆.則可見左右鼻後孔,並其間之鼻中隔後獨立緣,及各孔內諸鼻甲骨之後圓端;暨其中間之諸鼻道.有時因腭帆凸起之故.則下鼻甲似小.且中鼻甲或被腫脹之勃起組織掩埋.在各鼻孔外側可見各耳咽管之黃色內口.在內口間且上可見咽扁桃.

（三）鼻後孔捫法.即立於病者之後固定其頭.以左指推其頰部入上下齒之間以免被咬.遂用已滅菌之右食指伸入腭帆後細探鼻後孔.則可探明有無咽鼻部腺樣增殖病或他腫.此法較易.故人若不熟悉第二法卽可用之。

（四）細菌學檢查法.檢查其鼻溢液甚有價值.若有回歸性鼻卡他尤妙.所查出之菌有數種.若備自身伐克辛或可予病者若干時間之保護. 須記腦膜炎雙球菌及白喉桿菌或居鼻腔內而病者不顯症狀.帶此類菌者傳染甚廣闊.

鼻中隔生距狀突或偏曲 Spurs and Deviations of the Nasal Septum. 距狀突係中隔先天性之骨性或軟骨性之贅.大抵橫列. 偏曲乃中隔不立於正中線而曲向一側.令左右之鼻腔大小不勻.平素中隔軟骨常受累.有因損傷而致者. 每見此二種病同時發生.若非因損傷所致.強半硬腭之弓形較高於常.每致此側鼻腔梗阻.而彼側鼻腔起慢性炎.或致似草熱之陣發性噴嚏及氣喘. 若因損傷所致.自外面觀之則見鼻不居正中線. 若係軟骨性距狀突.可用特刀截除.骨性者以合宜之鋸鋸除之.但近今少用之.多用粘膜下截除中隔術.結局甚善.其法先用局部或全身之麻木法.將凸面之粘膜剖離.完全截除其中隔軟骨.令粘膜二層彼此相貼而長合於鼻之正中線以作中隔.

鼻內異物 除小兒外少見之.倘小兒鼻之一孔流膿.外科士當思或有異物如豌豆,玻璃珠,鈕釦等誤置入鼻內. 患側鼻呼吸稍受其阻.繼而發卡他或膿性鼻炎.日久或有粘液沉澱於物面而成鼻石. 治法.當先於患側敷可卡印.以消粘膜腫脹及充血.再用合宜之鑷或鈎或圈套器取出其物.但務須令光由前射入.且用鼻鏡.所用之器具皆宜消毒. 取出異物後當用稀釋鹼性無毒洗劑灌洗鼻內二三日.所用之洗劑以鹽液稍加抗菌藥卽可.昔日用水唧冲出異物.然甚危險萬不可用.

急性鼻炎 Acute Rhinitis. 此爲常見之患.俗名傷風.非盡因寒冷所致.亦有因刺戟性氣,灰塵,植物之花粉等所致者.亦有

時為流行性感冒,猩紅熱,痲疹,天哮嗆,鼻疽等之前驅狀. 非獨累及鼻粘膜.並額竇上頷竇亦常受累.致額及面作痛.或延至耳咽管致暫失聽覺.亦或致失嗅覺及味覺.若嬰兒患此則致呼吸困難.因其鼻腔甚窄也.間或於吮乳有碍. 治法使腸,腎,皮,多行其功.用安息香雜酒,薄荷冰,猶卡列托,三者合製之吸入劑每四小時吸一次.或用含硼砂之鹻性液每日灌洗鼻腔二三次.或用薄荷冰溶於液體石蠟內以噴霧器噴於鼻內.

慢性鼻炎 Chronic Rhinitis. 有數類.畧論於下:

(一)肥大性鼻炎 Hypertrophic Rhinitis. 此係常見者.其下鼻甲或中鼻甲之勃起組織充血.故鼻呼吸受阻而多流粘液性膿.劇烈者則鼻之一切粘膜均被累. 此病素多起於鼻大而腔窄之人.亦有起於鼻中隔偏曲之凹側以彌補其該側較大之鼻腔者.任因何者而起.稍受戟刺,如空氣溫度忽變等,卽可為其誘因. 下鼻甲之前端成紅腫之圓形.其粘膜亦成水腫.若用針探之似有一充滿液體之袋.敷百分五之可卡印液立卽消退.然未幾仍復發.若不治之則粘膜組織過長.重者漸成乳頭狀瘤形.究之不過係炎增生性過長.非贅生物.蓋眞乳頭狀瘤生於鼻者甚罕也. 下鼻甲後端之勃起組織或受累.中鼻甲之粘膜或亦然.兼有咽炎或喉及氣管炎. 治法早期每日早晚以硼砂溶液或重炭酸鈉溶液.用灌洗器或病者自吸入鼻內灌洗之. 若因粘膜及其下組織患恒久性纖維性改變致洗而無效.則可用燒紅之電烙尖烙其鼻甲之全長. 晚期可用圈套器勒去其過長之組織.或用電勒器勒之.

(二)化膿性鼻炎 此患常因通鼻之一副竇發急性膿性炎而致.是以治時以竇為主要.有時其炎由淋病而得.任為成人嬰兒俱可患之.惟嬰兒較多.溢液甚富致鼻呼吸被阻.亦有時成潰瘍.宜每日用硼酸液灌洗數次.且每日一次將百分一之硝

酸銀溶液 sol. argent. nitras grs. 5, aq. oz. 1. 噴或塗於鼻腔內.至無膿爲止.

(三)乾燥性鼻炎 Rhinitis Sicca. 此乃鼻中之勃起組織塌下及細毛上皮稍脫也.所溢之液不多.因滲出質俱存於鼻腔內.變乾而成殼或痂皆難取出.患此者鼻腔較闊於常.兼起乾燥性咽炎及慢性喉炎. 多累及二鼻腔.然鼻中隔偏曲或有距狀突者則祇累及闊腔.而其窄腔無恙. 患在二側者多因全身病.非因局部患.如體弱貧血之婦女.故治全身較治鼻爲要. 患在一側者.宜矯正其鼻中隔.或將其距狀突截除.則吸氣自多經過無患之窄側.有患之闊側須用稀釋鹹液灌洗之.然任用何法治之獲效皆緩.恐終身必需藥液洗之. 激性藥患者不能忍受.無須多用.將油性劑如薄荷冰噴於鼻腔內或有益.

(四)萎縮性鼻炎(臭鼻) Atrophic Rhinitis (Ozæna). 此患之特狀.卽鼻溢粘液膿性惡臭液也.但宜與鼻甲或鼻中隔之結核或梅毒.鼻副竇化膿,異物嵌入鼻內,惡性瘤,潰瘍等鑒別之.因以上諸病皆有臭液溢出也.然本病之臭味患者不自覺.而他諸病則自覺之也.

該鼻炎常見於青年婦女.有由外傷而致者.有由患疹熱病後而致者. 鼻闊.唇厚而翻.因鼻內有痂阻鼻呼吸故口常張.其特狀係呼吸氣臭惡.幸病者不自覺臭.溢出之液不多.偶有大痂脫出則暫覺呼吸稍暢,且惡臭減少.尋常兩側皆受累. 此病可纏綿數年之久始漸自癒.

檢察鼻內則見鼻孔闊而毛少.鼻甲上之粘膜乾而萎縮且色白故除去其內之痂.或可窺見咽後壁.甚或見耳咽管內口.若以顯微鏡檢查.則見鼻甲萎縮.細毛上皮全無.粘液腺亦萎縮.咽壁發乾而有痂蓋之.除去痂後粘膜或微出血.因其緊貼粘膜

也.然粘膜不潰爛. 若疑其係該炎病.須詳查通鼻之副竇.因鼻生痂亦爲通鼻副竇積膿之現狀也.

治法. 先須潔淨其鼻.勿存乾痂.用稀釋溫鹽液加以抗菌藥每日灌洗二次.始而外科士爲之.後則按法自行之.須逐日將痂去盡.用噴霧器以薄荷冰十厘液體石蠟一兩 menthol 0.65 gm, liq. paraffin, 28 cc 噴之.後用棉塞其鼻前孔及鼻下道.若將棉浸抗菌藥液亦可.此法卽使鼻粘膜多生粘液,則其粘液多被釋稀而不至成痂也. 且當調理全身使之強健.果能恒心爲之終必獲效.此病不必施以手術.曾有醫士施行多次卒無裨益.

(五) 鼻腔亦有時感染白喉桿菌而發炎.強半爲他處白喉病之併發患.其治法與他處者同.

鼻副竇病 Disease of Accessory Sinuses. 此患約因急性或慢性鼻炎所致.有時因局部損害而起.如牙患所致之上頜竇炎.外傷所致之額竇炎等. 然最常見之原因乃患流行性感冒.其鼻腔及諸竇皆受累.在早期尙可治之.若疎忽不理可成慢性炎.則結果或至不佳. 鼻腔受膿菌之染約因外科士所用之器具不潔或不經心所致. 其顯狀卽鼻常流臭膿.有時人誤認爲萎縮性鼻炎. 除此普通狀外.各竇均有其特狀.詳論於下.

宜切記諸竇之外口頗不適於引流.上頜竇尤然.因其口距竇頂較近於其底也.雖額竇口最適於引流惜其長而狹.故粘膜水腫時易於阻塞. 若有一竇化膿.甚易由此竇傳至彼諸竇.因諸竇口均相距甚近也.如膿由篩漏斗流出.幾盡必流入上頜竇或篩骨蜂窩.若該處生息肉阻其外流尤然.

急性者強半由流行性感冒或傷風而起.則上頜及額二竇較當常受累.見六百零八及六百六十八面.在玆祗提醒人若在早期竭力治療.可免成慢性及減免病者若干痛苦或危險.在早期每日早晚以溫鹽液灌洗鼻.對於上頜竇須用套管穿其內壁而洗之.

慢性者則鼻之一側或二側流膿.病者自言似有物阻塞.因鼻呼吸甚難故以口呼吸.且呼氣臭惡. 檢查鼻內.則見其腔不似萎縮性鼻炎者之通暢.惟有息肉樣塊.此息肉塊多由鼻中道凸出. 該道或有膿屯積.其膿或由上頜竇或額竇或篩前蜂窩而來. 須將上頜竇刺透而竭力灌洗之.倘俯頭時仍有膿從中鼻甲下流出.則膿必從額竇或篩前蜂窩而來.遂置導管入額竇而灌洗之.若仍有膿從中鼻甲下流出.則必從篩前蜂窩而來.若膿居中鼻甲之上,則必從篩後蜂窩或蝶竇而來. 至於額竇及上頜竇之患.其特狀,危險,治法,已論於前六百零八及六百六十八面.

篩骨蜂窩循眶內壁而列.若篩骨紙板穿破或壞死.則該蜂窩或崩裂而染眶腔致蜂窩織炎. 該蜂窩患病常致息肉過多.若探其息肉根處則易探明失衣之裸骨. 蝶竇列於鼻之後方.其液必積滿方能溢出而入咽之鼻部.致鼻後孔周圍多成痂.若釀膿則眶並鼻之後方及枕部俱作痛.倘不治療或致顱底併發病.如眶部蜂窩織炎,海綿竇血栓形成,眼後視神經炎,眶部之神經受累,甚至顱底腦膜炎等. 按鼻副竇中惟蝶竇最多受累.

治法. 除治單純之病外.宜請鼻科專家診治.蓋恐有須施劇烈手術之必要也. 最要者卽使患處有適宜之引流.除去阻膿外溢之息肉及壞骨.但先試用含藥之吸入劑灌洗上頜竇及額竇數日.倘無效須進行施以他術.切勿延悞. 常見竇粘膜長厚而成息肉樣塊.故須用六百零八及六百十九面所論之手術治上頜及額等竇. 對於篩骨蜂窩之病.可除去中鼻甲,夾碎其窩內壁及各窩之隔壁,並除盡息肉或已足. 對於蝶竇須用鑿或鉗謹愼除去其前壁.輕者祇以導管用鹽液灌洗之或已足.累及一切竇之重者.或須從外開口而處理之.卽就檢查額竇所開之口循鼻側延往下.

梅毒病 此病約多係第三期.爲瀰漫性樹膠樣腫類.累及鼻中隔及鼻甲.致化膿或骨壞死及骨瘍等.此雖係可厭之病.但平常不甚累及副竇. 治法.當以通常治梅毒法治之.如注射薩耳伐散.並服碘化鉀及汞劑.且灌洗而潔淨鼻並除去壞死之骨.倘鼻中隔受累較重.恐後難免鼻梁塌陷.

鼻息肉 Nasal Polypi. 此可分爲單純或粘液性及纖維或纖維肉瘤性二類論之.至於鼻腔內之他等惡性瘤不得以息肉名之.且多起於上頜骨.

(一)單純性或粘液性息肉 Mucous Polypus. 此係一軟膠性塊.以顯微鏡察之.則見其組織似粘液織.覆以細毛柱狀上皮.富含血管也. 皆由發炎而起.由水腫肥大性粘膜而成.強半因其下之骨患慢性骨炎而致.且鄰竇兼化膿.常見者爲篩骨蜂窩.但其化膿約爲繼起非爲病原也. 息肉之方位常在中鼻甲之上或下.罕起於鼻頂.由鼻中隔及下鼻甲起者尤罕.有時起於通鼻之副竇內或竇口.大約爲多數性.(第三百十七圖).前有一大者往下突至鼻前孔以遮其後之數小息肉.前者已除後者立見.常有小蒂.其形若梨而畧扁.長大則突出鼻前孔.則其突出部分之上皮變爲鱗狀上皮而畧硬化.形類乳頭狀瘤. 另有一特類係大而單獨性.起於上頜竇內.經過竇口及鼻後孔而突入咽之鼻部.

症狀 卽鼻一孔或二孔之呼吸受阻也.其阻力由漸而重.天陰時尤甚.因粘液組織有引濕之力也.平常鼻流似水之液.或微帶血色.其人不能擤鼻.言語多帶鼻音.頭常不舒爽.因各副竇之口多寡有梗阻也. 用鼻鏡查之則見鼻內有灰色畧透明而返光之物塞之.擤鼻時尤顯.以針探之卽知該物有蒂. 若息肉較大.則鼻梁或膨脹而平.或淚溢不止.因鼻淚管口被壓故也.

診斷 熟於查鼻者不難診斷.生膿腫或鼻中隔有距狀突或鼻中隔偏曲者.雖能阻鼻一孔之呼吸.但畧爲用心卽可辨明.

由鼻內骨結核或梅毒所起之水腫性肉芽塊亦易鑒別.因其非但累及鼻甲且累及鼻中隔,無上皮蓋之,且其底不成蒂,以探針透過肉芽塊探之則覺有骨瘍. 遮下鼻甲之粘膜肥大者亦易鑒別.因其蒂闊而色紅.敷以可卡印則縮小.且在下鼻甲處生鼻息肉者亦罕見之.

治法 宜用勒器(又名圈套器)或刮匙取下. 單獨性者懸於咽之鼻部.或其數不多.用勒器最妙.使病者坐於椅上.外科士坐或立於其前.用可卡印5%及腎上腺素液5%噴入鼻內.再用鏡以探針察息肉蒂之方位.後用勒器伸入鼻內.套住其蒂漸緊而勒下.且有多寡不等之骨瘍塊隨之而下.復一一將小息肉如法除下.至鼻腔通暢爲止.除劇烈出血外切勿塡塞鼻腔以止之.免染毒經過篩板而累及腦膜也. 倘息肉數甚多.或勒畢復發.須用刮匙刮鼻腔.取出息肉及其下之骨.然此不過爲治療實患之第一步.

(二)纖維性或纖維肉瘤性息肉 Fibrous Polypus. 遲早皆易變爲肉瘤性.由顱底卽蝶骨底或枕骨底下面而起.起初有甚顯之蒂.其體似肉實硬而滑.長大或成葉狀. 起初僅阻鼻呼吸.或鼻甚出血.因瘤之被膜及粘膜富有血管也.旣長大則潰爛.而流帶血之臭液.非祗限於鼻腔.若向鼻長則使鼻梁膨脹變寬.致令二目斜向外.若向後長則將軟腭壓下而落入咽之鼻部.有時侵入眶內或隣近之他腔,或侵蝕顱底,或侵入顱腔.然此等症狀必待其成肉瘤性時始有之也. 此病常起於幼年.且在十至二十歲之間.舒長甚速.卒因多出血,窒息,或腦之併發病而死.

治法 任息肉大小.均以除淨該肉及其下之骨衣爲目的.可用下述手術之一達到顱底而截除之.然其已成瀰慢性之劇者恐施手術無大用.因顱底多已被累也.如此用銑甚有價値.可令息肉萎縮而硬化.且截除後能滅所遺之餘份.

鼻部之惡性瘤 又有他種惡性瘤.無論鼻腔之何處皆能生之. 而鱗狀細胞癌較多見.初起時鼻流帶血之液.鼻呼吸稍被阻.且覺痛.並顯惡病質.近下頷角之淋巴腺亦早增大.因生瘤處之血管甚多.故舒長甚速. 有時可施以手術.手術之如何施行視瘤之形式而異.用銑療法亦或有益.

內皮瘤.罕見.係鼻後之贅生物.多起於鼻頂鄰近於篩犂二骨之連點.爲一軟而深紅最易出血之結塊.頸部之淋巴腺早期罕被害.迨至晚期(卽中年以後)方受累.曾有一該病案.在前四年施手術.已截除瘤及其下之骨膜並犂骨一份.至今無恙.

肉瘤.除上頷骨所生者外.亦有由鼻起者.病徵與鼻內他腫瘤同.用刮匙及潰性藥屢有獲痊者.但近人疑非眞係肉瘤類.抑爲內皮瘤.

鼻內及咽鼻部病之手術 此術甚夥.且繁難不易爲.茲將其切要而適用者畧論一二.

(甲) 敞開鼻前孔.大半治鼻甲骨瘍或骨壞死用之恰宜.祇截斷一側鼻翼及鼻軟骨之麗上頷骨處或已足. 然若鼻兩側均有患.不如將上脣翻起.割斷粘膜及粘膜下組織直開至鼻腔. 再用骨鉗剪斷鼻中隔使鼻軟骨離骨. 後將面之輭組織提上則鼻腔完全現露. 此法出血旣不少. 且施於小兒其著手處亦不甚寬綽.然割畢將面之各組織置回原處.雖不縫亦易長合.

若整理鼻腔上前部.可用鼻側切開術.詳前第六百七十二面.

若兼鼻中隔有惡性瘤. 則由上脣之正中線劈分.又循鼻之二翼割之.截斷鼻中隔.則將鼻下部翻上. 繼將腭前部下面粘液性骨衣剝之離骨.則截除腭骨一楔形塊. 如此能得入鼻腔之路.可將鼻中隔完全截除.厥後其脣鼻諸部復原不難. 且畸形亦不甚顯.余曾用此法治一鼻中隔鱗狀上皮癌.當時旣甚佳.八年後亦未復發.除鼻梁微塌陷外無他畸形.

(乙) 由腭部著手.對於居鼻後部或咽之鼻部之患此法妥善.卽先由正中線截斷腭帆及硬腭後部之粘膜. 又於刀口之前端橫割一口. 將粘液性骨衣片翻起.露出一方形骨區.用鑿鑿除.或並除去犂骨之一部分.如是可敞開咽之鼻部. 足敷截除息肉或贅生物. 後將所翻之粘液性骨衣並腭帆片俱復

回縫合之.然近今罕用此術.蓋恐其所翻之片不長合致成甚巨之畸形.且於言語大有阻碍.若祗割開軟腭.恐著手之路仍不敷大.

(丙)近今多由鼻口兩方面著手以截除此等贅生物.其大危險卽出血.然一截除該物及其下之粘膜而顯露失衣之裸骨.則出血卽速止.故以敏捷施行爲必要.

咽鼻部淋巴增殖病 Adenoids.

咽之鼻部有許多淋巴組織與腭扁桃組織同.或佈滿粘膜下.或集於咽鼻部頂之一處.卽名爲咽扁桃.此病卽該淋巴組織增生性過長.與慢性腭扁桃組織過長病甚似.往往此二病相兼而起.形似大塊軟肉墊.附於咽鼻部之頂或後壁.或有窄蒂垂入鼻後孔.且甚軟而富有血管.最易出血.其所蓋之粘膜常成皺襞.皺襞間易積細菌致發各種炎.非但限於該處並累及隣近之淋巴腺.亦有時在咽後壁數處每兼起孤立之同樣塊.抑或兼有慢性鼻炎及喉炎.多見之於小兒.成人患之者少.凡城鎮煙霧瀰漫空氣不潔者.易致是病.若不治療.遲早雖能萎縮.然萎縮之前病者已受其若干損害.可參觀三十章扁桃病.

症狀

其狀多因鼻呼吸被阻所致.口常半開至上門齒顯露.睡時發鼾.醒時口舌亦覺乾燥.鼻翼低陷.鼻萎縮而其孔窄.且因此特狀致小兒之貌呆倦.讀書或少穎悟.鼻常流膿液.或有帶血之液由咽咯出.此等卡他性炎常循耳咽管.致成急性或慢性中耳炎.由是或使耳聾.且味嗅兩覺受損.因鼻內氣之壓力不足故腭高而拱.門齒漸次前突有如兎齒.頸淋巴腺亦受累而增大.常爲結核之病竈.劇烈者若在少年時未治.因不能深長吸氣故其胸廓變平.且肋向內縮.脊柱後凸.

檢察

用鼻鏡由咽鑑之可見其增殖物.亦可用指由鼻後孔捫之此捫法施於小兒最便.因其不能忍受鼻鏡也.指抵腭帆後則覺咽之鼻部充滿輭而易出血之組織.且覺鼻後孔多少被梗塞.

治法 多以手術截除之.然輕者只使小兒練習閉口用鼻呼吸,且調理其全身,或大有效. 對於少年者服砒之小劑量甚有效.然勿用由鼻灌漑法.以免染達諸副竇及中耳.

手術 宜令小兒側臥於手術臺之近邊緣處.用一氯化氫,或氤化二烷,或哥羅芳與醚之合劑迷蒙之.亦有外科士喜令小兒仰臥.頭正下垂. 若腭扁桃漸肥大.宜先截除之. 再用淋巴增殖病之刮匙伸至軟腭後.用左食指拉腭帆向前.推刮匙向上.至匙之弓形獨立緣觸鼻中隔後緣上部.隨將匙向後下循咽壁刮除凸起之各淋巴增殖物.再用較小刮匙刮旁壁之增殖物.然須注意居耳咽管內口後咽隱窩之增殖塊.緣其常爲慢性中耳炎之誘因也.後用合宜之鑷將近耳咽管內口之餘增殖份夾除.
如此出血固多.然速自止.手術已畢.速翻轉病者之身使面向下.令血由口鼻流出.並用冰或涼水揩面及額以止其血. 醫後數日禁止出門.惟令其食粥.不必更用他善後療法.只用稀釋鹽液漱咽而已.瘉後須常習練用鼻呼吸.此與手術同爲重要也.

鼻衄又名鼻出血 Epistaxis. 病原甚多.如粘膜或骨受外傷,或鼻內患潰瘍,或腫瘤等.若用鼻鏡檢查之.其原有時顯而易見.最易見者係因鼻癢以指揭除其粘液痂致中隔粘膜微擦破及生小潰瘍.此後每次以指揭痂則出血復發. 亦有因鼻中隔粘膜內曲張之靜脈値噴嚏或力擤鼻時破裂而致者. 鼻有異物或鼻中隔有血管瘤而潰爛者亦或致之.青年約成童時因鼻血循環之改變亦常致之. 又或因大腦血管充血.緣顱內靜脈竇藉導靜脈通至鼻內之靜脈叢而致者. 若空氣之壓力過輕.如登高山時亦或致之. 至於血性異常者如血友病.紫癜,壞血病等.非獨致鼻出血.他處亦隨之出血也. 鼻出血有時爲慢性腎炎之前驅狀.亦有因心病或肺病致大腦充血而鼻出血者.鼻出血亦或爲腸熱病之現狀. 不論一鼻孔或二鼻孔均可患之.其出血之多寡不等.甚或致命.

第三百十九圖

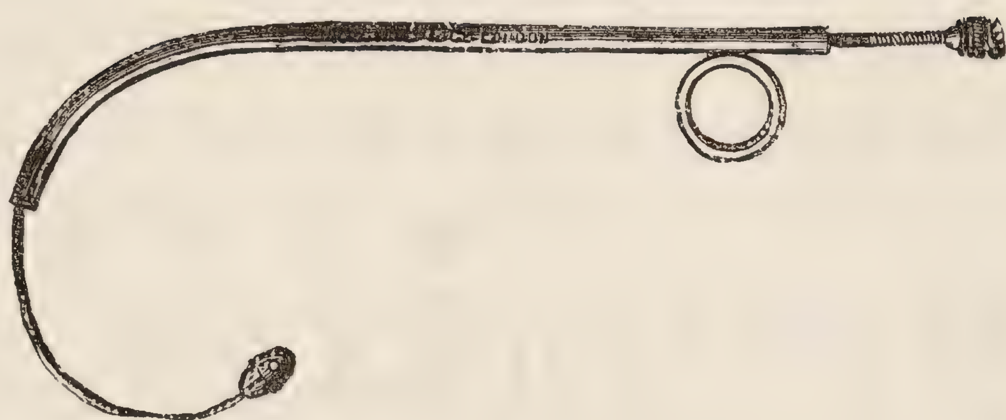


Fig. 319.—BELLOCQ'S SOUND

鼻後孔之探子

治法 切記有此患者原因多在鼻內.宜直接察明而治療之.故向醫士申言之.必以習用鼻鏡爲要事.

此出血多係一鼻孔.且在易由鼻前孔達到之中隔前庭部者居十分之九.故鼻出血不必用他治法.只以手力揑其鼻翼壓於出血點上即可使血凝積鼻內.並令病者坐起.以冰敷鼻根或頸後. 若察明出血之處.任由曲張之靜脈或潰瘍而致.均可用電烙器尖烙之.或以浸醅酸或腎上腺素百分五溶液之紗條塞之. 若諸法無效.或宜塞其鼻孔.然善於用鼻鏡者每不容至此地步.有時用抗菌絨布一長條,或用浸腎上腺素溶液之紗布,或以中實以綿之象皮指套.塞滿前孔或已足. 若不足再塞鼻後孔.其法用鼻孔探子(第三百十九圖)送線繞過腭帆.使線一端出鼻一端出口.如無此探子則用合宜彎喉鑷或橡皮導尿筒代之.後以出口之線縛長吋半寬一吋之絨布團.以指送團轉過腭帆.又用出鼻孔之線力牽之使絨布團塞入鼻後孔.若出鼻爲雙線更佳.以雙線便於另縛一團繫結於鼻前孔也.將出口之線端順口角以貼膏貼於頰上.前後所塞之二布團過十二小時即可取出.用稀釋温鹼性抗菌藥液灌洗鼻孔以免感染.

第三十章

口咽及食管之病

AFFECTIONS OF THE MOUTH, THROAT AND ESOPHAGUS

口炎 Stomatitis.　此卽口粘膜炎.係常見之病.小兒患之尤多.

(一)卡他性口炎 Catarrhal Stomatitis.　因物理的刺戟如滋齒,或化學品的刺戟,或於口內用手術後而起膿性炎所致.吸煙過度雖未必確致此炎.然實能增加炎勢.　有起於患熱病者.亦有起於身體虛弱之時,如孩童患麻疹及他類疹熱病後者.消化管有患,如食物不宜及消化不良等.亦能致之.　初起粘膜有數點充血而腫.厥後此點延大而相連.幾累徧全口之粘膜.所滲出之粘液增多.變黏性而混濁.上皮則變白而浸透.漸致擦破.至成最痛之淺潰瘍.　治法.盡除激刺之原.並服藥醫治消化管之病.兼用消毒藥漱口,如百分二十之山伊他 sanitas, 或百分二十之硼酸甘油 boroglyceride, 或氯酸鉀,或過錳酸鉀,或二氯化氫等.

(二)濾泡性口炎又名阿弗他性口炎 Aphthous Stomatitis.　養育不足之小兒易得此病.口內先起白點.其點底充血.後則各白點相連成潰瘍.　養育身力則病自瘉矣.且用硼砂及蜜,或百分二十之硼酸甘油敷之.　鵝口瘡之景況與上略同.其原乃由寄生黴菌如白色釀菌所致.狀似大小不等之乳凝塊列於粘膜上.治法亦與上同.　此二種病淋巴腺皆顯腫大.但口炎瘉後淋巴腺自能復原.並不化膿.

(三)壞疽性口炎又名走馬疳 Gangrenous Stomatitis (Cancrum oris). 已論於八十二面.虛弱之老人亦可患之.若尿含蛋白素或糖,或牙不潔,尤易患之. 此患當速治之.治法與治患於小兒者同.

(四)汞毒性口炎 Mercurial Stomatitis. 由服汞劑而起.有易受毒之性者服汞一劑即足致之.若病人口齒污穢,或多吸煙.則害益增重. 齦腫.捫之甚痛.按之出血.嚼物及飲熱湯亦痛.齒或變鬆而脫落.齒槽緣顯露而壞死.有時舌腫而炎.流涎甚多.氣甚臭惡. 治法.宜禁服汞劑或少服之.且服瀉鹽類以瀉腹.更用氯酸鉀,明礬,稀釋氫氯酸,沒藥酒等洗患處.有益.

(五)梅毒性口炎 Syphilitic Stomatitis. 見一百一十面.

他病如白喉,猩紅熱,丹毒等.亦或累及口粘膜而致發炎.茲不贅論.

舌病 AFFECTIONS OF THE TONGUE

先天性異常 (甲)間見舌全無或缺欠. (乙)舌一側發育不足. (丙)結舌(又名舌下皺襞短緊).致舌尖下降而貼於口底.故不能伸出.難於吮乳.倘不治之則言語不清猶如咬舌.

輕者固可不治.重者以中食二指於舌下皺襞之兩側托起舌體.牽直皺襞.用鈍頭剪由皺襞中橫剪斷之.剪時剪頭須向下.

(丁)舌粘着口底.因粘膜皺襞短而牽緊也.若係胎生者則粘着不甚.鬆弛其舌則易.亦有由潰瘍成瘢而致者.此或無法可治.

(戊)舌及舌下皺襞過長.致舌動過度.有時舌滚向後.致呼吸被阻而死. (己)缺舌.即舌中有裂似分舌爲二半.全裂或不全裂無定.強半下唇及下頜骨同有先天性裂患. (庚)巨舌.此患雖有時因病而致.然強半爲先天性.其舌四面皆大致露於口外.旁緣被齒所壓致成潰瘍.並阻靜脈之血回運以致色紫.且因舌露

出口外故乾燥致粘膜粗而似皮.流涎不止.患久者則齒斜向外.上下領骨亦成畸形.是以雖能減小其舌使歸正常.然口或仍不能閉. 按病理云.此係先天性淋巴管擴張.而同時結締織有瀰漫性過長也. 淋巴管迭次發炎.致病增重而舌漸長大.後則或變成淋巴肉瘤. 治法.宜截除一V形塊隨用腸線縫合.

舌創傷 大半被牙齒所致.如發癲癇者搐搦時舌常被咬.或小兒於伸舌時跌倒被咬等. 當時則血急出.然越數分鐘自止.惟血或滲入舌組織內致舌腫大. 輕者宜洗淨.後常用稀釋消毒藥液漱口.若傷口較大.宜用線縫之.但勿全縫合.恐其受染而緊張也.若血由動脈急出.當張口牽舌向前.覓其所傷之動脈而縛之.設不覓縛.宜於頸部縛舌動脈根.或縛頸外動脈.

急性表面性舌炎 此乃普遍口炎之一份.無庸另述.

急性主質性舌炎 Acute Parenchymatous Glossitis. 因舌被刺破染菌,或被昆蟲所螫,或因患熱病而起急性口炎等所致.常見者因服汞過多. 舌之一側或二側俱可患之.惟係全身病所致者二側必皆受累. 舌痛而速腫大.甚至腫滿其口.或且突於齒外.致被齒壓處成淺潰瘍.涎腺腫大而痛.涎流不止.談話,嚥食,呼吸,俱有阻碍.且多顯全身之熱症狀.留意治之則炎可退.但有時患處化膿或全舌化膿.亦有因舌大或聲門水腫而致最急之呼吸困難者. 治法.宜禁服汞藥.或除致病之他原.且服瀉鹽類及氯酸鉀.口內含冰.並敷冰於領下處.重者於舌背正中線二側各割數口.使滲質及血流出.雖舌仍腫大.然各種症狀或速退.若有窒息之趨勢.宜施氣管或喉切開術.

舌膿腫 此患或由急性主質性舌炎所致.然由慢性炎而得者多.每在舌前部. 原因.乃緣細菌由淺面欲瘥之損害而入.舌之一部腫大而硬.捫之不易得波動狀.緣其周圍因炎而增厚也.宜割一大口.非但可查明其膿.且便於治療.

舌下膿腫 若爲急性.係粘膜下組織受染所致.如被魚骨刺入.或由舌下涎腺或粘膜下腺而起.舌下必起一軟腫.倘不早將此腫割開.則病或延至頦下.其舌因靜脈被壓而腫.亦有時起喉水腫炎.且顯若許全體症狀. 治法.於遮腫之粘膜正中線割一口.用敷褰鑷伸入其內而鬆之以放膿.再以藥液洗滌並用引流法. 較瀰漫性之舌下膿腫多由頜下蜂窩織炎而起(第五十五面).

慢性表面性舌炎 此患甚要不可輕視.頰脣之粘膜或亦隨之發炎. 強半起於梅毒.每現於第三期.亦有由吸煙或飲酒過度,或澀齒之戟刺而起者.大約同時顯慢性或痛風性消化不良.大有變成鱗狀上皮癌之趨勢.曾有醫士檢查患此病者一百一十人.日後成該癌者有四十三人.

爲便於講論起見.此病可分五期.然非定例.因舌之數處同時顯各期者亦或有之也. (一)舌乳頭腫大致舌面現數充血之紅區.欲詳查視.須用手巾或吸墨紙將舌液十分擦淨方能查淸. (二)上皮過長而厚.變成不透明之角樣質.迨紅區變白.名白斑舌 Leucoplakia.有時舌乳頭長甚大.突出舌面.亦或有舌全面俱成白片者.名魚鱗癬 Ichthyosis. (三)過多之上皮則有平滑而紅之區.區內之乳頭萎縮或全無.若舌大部分如此.則成梅毒第三期之特殊磁釉質紅舌.然不過舌面數處如此.且有他處仍覆有白上皮致舌成爲斑形者.是以人誤稱爲舌牛皮癬. (四)遲早舌即成潰瘍而顯特殊之裂.一裂居中央.他裂由此橫行.分舌面爲數方區.此諸裂非由瘢痕所致.試將裂展開則見裂底仍有無病之舌乳頭而無瘢痕.因此可知其裂乃由舌內深組織硬化而成也. 此外亦生淺潰瘍.皆因該處受戟刺如吸煙等所致.其所以成潰瘍者乃因粘膜萎縮也. (五)終或發生鱗狀上皮癌.其癌每由裂處而起.然進行甚緩.因舌先已發炎而硬化也.

嗜吸煙者之舌前面或成色紅而有易戟刺之區.其面無乳頭或蓋以黃白痂.亦有時該區之上皮增多.致成白斑舌狀. 凡此五期皆難忍受.卽舌極痛.飲熱水及酒或食酸辛等味其痛尤甚.言語不便而音亂不清.其病勢之進行遲速不定.有暫見減退者.如禁忌不宜食之物尚無甚不爽.倘不忌口.則或進行而成鱗狀上皮癌.

治法 此患不甚易治.宜先去一切激刺.切勿吸煙,飲酒及酸液.若病者必欲飲之.可用穀酒之稀釋者. 忌食香辣等味.只食純而無戟刺之食品.頻用鹻性藥液漱口.如百分四之重炭酸鈉溶液,或百分二之硼砂溶液.飯後更宜用以漱口.以免食屑有酸性發酵. 晨夕用心刷齒.倘有齲齒及澀齒務須拔出.若有齒槽膿溢則須竭力治理.若有裂或潰瘍可刷敷百分一之鉻酸溶液或千分四之昇汞溶液.然不及截除爲妙.舌上有瘢樣塊亦宜早截除.惟忌用硝酸銀.恐助成鱗狀上皮癌也.須竭力調理消化管. 由梅毒致者可用普通之療梅毒劑,如薩耳伐散等.然對於汞劑須謹愼用之.若一變成鱗狀細胞癌.宜用手術截除之.

舌潰瘍 此病之原因及形式甚多.齒性潰瘍.係齲齒或澀齒戟刺所致.多生於舌緣. 消化不良性潰瘍.多起於舌背之中央.甚痛.宜先調理消化不良.次塗硝酸銀. 結核性潰瘍不常見.多繼肺結核或喉結核而發.初起爲粘膜下膿腫.後穿破卽成甚痛之小潰瘍.多在舌緣或舌面前部.後於潰瘍之四週生數副膿腫漸與原潰瘍通連. 若甚痛致身體甚覺不爽.則可完全截除.或可敷可卡印溶液.繼刮瘍面.敷以純石炭酸.隨撒以碘芳.若病者之肺結核甚重.不敢用斷根療法.則可於飲食之先敷以可卡印.此爲姑息療法也. 有時舌現結核性甚痛之裂.若展開其裂則見一軟性芽肉塊.且或有數乾酪樣結居於裂腔內.裂緣或有乳頭狀贅生物垂下.此等裂須截除之. 一般結核性損害自易

受口細菌之染.故其現狀各有不同.除如此受染外.結核患均無硬化之弊. 狼瘡. Lupus 罕見於舌.倘有之幾均爲面狼瘡之繼發者.其進行甚緩.因多硬化也.宜用X光線或銑療之. 梅毒性潰瘍及癌性潰瘍.詳論於下.

舌之梅毒病　有數類如下; 第一期之下疳多半近於舌尖成特殊之頑性潰瘍.而其深面甚被浸潤.頦下淋巴腺漸大.然不化膿. 第二期.舌生粘液性結節或裂或潰瘍.多在舌緣或近尖處.有時舌背有闊大之濕疣.兼循舌旁有長裂. 第三期.舌有慢性表面性炎,或有瀰漫性浸潤,或樹膠樣腫. 舌樹膠樣腫非罕見.多發現於四十歲以下.約起於第三期之終期.起處係局部粘膜下或肌內被浸潤.抑近舌中線之中部或後部.始而腫處堅硬.後則軟化.捫之有動波.迨後所遮之粘膜即破.其內所含之特質流出. 所成之潰瘍乃橢圓或圓形.其腔甚深.瘍底係腐肉所成.且瘍底及其緣少見硬化.亦不累及口底及舌根.故舌仍能伸出.言語飲食依然如舊.且不甚痛.頷下淋巴腺增大或爲全身淋巴腺增大之一斑,或因患處之戟刺所致. 進行甚緩.服解梅毒藥則腫消散甚速.已成潰瘍亦必速癒.但遺有硬區或深瘢.此不免爲日後起惡性瘤之根源也. 有時不見有局部性樹膠樣腫.而全口有瀰漫性浸潤.致成普遍硬化. 治法,宜服碘化鉀.或與汞劑同服.並用漱口藥潔淨其口.

良性腫瘤　在舌不多見.但間有生乳頭狀瘤,囊腫,脂肪瘤,及痣者.於茲不詳論.

皮樣囊腫　此患居於舌內或舌下之正中線.即凸於口底或頦下.多因甲狀舌管上段未消沒而成.(見第三十二章頸部之囊腫篇).其中所含者係皮脂類. 此等囊腫不宜由口內剖出.因其根甚深也.莫如於頦下開一口.謹慎將全囊剖出.切勿傷破囊壁.

舌癌 此屬鱗狀細胞癌類.患之者不少.且多致傾命.男較多於女.或由吸煙太過被其戟刺而致.若兼有齲齒或澁齒或不潔之齒更易患此.亦常見於身體有梅毒性者.

初起之病勢.按其生於何處而異. (甲)最常見者.舌緣中後二部之交點生潰瘍.其原因或係前臼齒或臼齒粗而不齊.(見三百二十圖). (乙)起於慢性表面性舌炎.或樹膠樣腫所致之裂或瘢痕. (丙)或初起似瘊.其底侵入舌肌組織.延至舌根. (丁)有時初起則粘膜向內長.致粘膜下組織被浸潤.不顯於舌面. (戊)或初起於口底成不規則之潰瘍. (己)或由腭扁桃或喉等之鄰組織而起.侵入舌內.

無論如何而起必速成同樣之狀.卽界限不淸之硬瘤也.初起痛否無定.瘤面隨卽潰爛而成爲凹形潰瘍.瘍面色灰而有腐肉.捫之易出血.且流惡臭之液.致使病者之氣難忍. 繞瘍之組織硬化.其硬化之區或有定界.或逐漸與良好組織相接.因三义神經之下頷段之枝被激刺故生涎過度.且因瘍底被浸潤故於舌之運動有碍且痛.嚥食亦不便.並流涎不止. 其痛甚劇.乃循三义神經之諸枝.惟耳部尤痛.致人不能寢睡.困倦難堪.則病逐日速增劇.

頦下頷下腮腺下之各淋巴腺孰早受累.按其癌生於何處而異.如癌居於舌尖則頦下腺受累.若居於舌中則頷下腺受累.若居近咽門則腮腺下腺受累.終則其病延至伴大血管之頸深腺.致頸總動脈分歧處之腺增大較早.若不將此等腺完全截除.則必速長大而硬化如石.且粘着鄰組織如頸總動脈鞘等. 若病僅居於舌之一側.對側之淋巴腺少受累.但延至舌之中央者則二側淋巴腺均受累. 凡此等繼發性瘤每成囊形.因其內所生之上皮細胞塊壞變所致也.迨後漸至表面而穿破.成不規則之惡性潰瘍. 至終期下頷骨亦受其害.

其身體現惡病質之故.非獨因痛劇失寐.亦因飲食不能多進而榮養有缺.且因生涎甚多致瘤之腐質隨涎嚥入.間或因癌出血及繼發性瘤甚劇等.若不施手術.病人鮮有活過一年者.其致死之故.卽力虧,出血,或吸入性肺炎等.

診斷 若病者年逾四十五歲,舌旁或舌底潰爛,淋巴腺增大,涎液過多,舌不易動.診斷甚易.惟病在初起.僅有梅毒性之裂或瘢被浸潤.或有小瘊.則難判其是否惡性.但淋巴腺早增大,疼痛劇烈,舌難運動,瘍底多被浸潤等,均爲癌之特狀.對於診斷大有裨助.若仍有所疑.不如敷以可卡印.截除癌之邊緣及鄰組織一小塊.以顯微鏡細察之.則可鑒定.若使病者日服碘化鉀.漸增劑量.雖略見效.亦不能决定非惡性瘤.因常有梅毒及癌兼患者也.

治法 只有一法可以望痊.卽早完全截除也.但宜切記癌所已累及之處.或較闊大於醫士所料及者.故截除時非但宜截盡全癌.且所除者過於周圍被浸潤之組織.更不但除增大之淋巴腺.卽一般有關於舌之淋巴腺亦須完全截除之(約自顱下至胸上切迹所有之腺).如此之重大手術.若能分二期爲之甚善.卽先截除口內之癌.後除淋巴腺.雖如此行之非算完全.但罕見在二手術區間之良好組織有復發性癌者.故尙可用之.因患此類病者其口每多不潔.故用大手術於頸部現露頸血管之先.截除其口內之傳染病竈自爲妥善.但有時病勢深累舌根及附近之淋巴腺.且其間所隔之良好組織亦甚少.則不能分二期施行.不得不一時將舌及淋巴腺一併截除.致病者冒此險也.然近今對於口內多用電烙器以代刀.則危險自少.

無論如何施治.皆當竭力預備病者以減少染菌之險.卽於數日前用消毒藥漱口.拔除齲齒之根.且洗淨餘齒.若非病急難待.可培養口內之菌.備成伐克辛注射之.以防手術後染菌之

險. 用手術前數日病者不宜外出.以免受寒而起枝氣管炎.並禁吸煙.

手術之次序.按病之方位及受累之多少而有差別.但任用何法均由口內着手.

若只舌尖受累.可將舌穿一線牽穩.截除一V形塊.則兩側之舌深動脈必噴血.但易於縛止.隨將缺處縫合.

若病累及舌之一側.而未廣延至舌根.可先截除患側之前半或三分之二.當時不截除其淋巴腺. 宜使病者迷蒙.隨用張口器以張其口.後則換用陣克耳氏吸器施哥羅芳.或用由氣管吹入醚法. 必須有一敏捷之助手.用長柄之鈍尖鑷或以械器啣棉絨或海絨塊擦咽.以免血流入喉內. 於是用粗絲線二條各穿透舌正中線之二側.牽舌向前使之不動.再用鈍頭直剪小心由舌中央剪斷粘膜.後以手指卽可分開肌組織使成兩半. 又在近齒槽且正中線處割斷口底粘膜.如此非但能解離舌底粘膜.且對於截除舌下涎腺之要事亦便施行.再將剪之鈍端推入下頜聯合之後.剪斷頦舌骨肌之附麗下頜骨處.則舌尤易牽出. 再將癌後之舌粘膜橫行剪斷.隨用剪逐漸橫剪斷肌組織.是時若先用指或引針露出動脈縛之而後斷肌組織更佳.如此將二割口通連.則易將舌之患側一半及舌下涎腺一併截除. 爲使其速瘉.須將舌遺份之背及底之粘膜彼此縫合.或將好半舌尖折縫於舌後部以遮肉面俱可. 用此手術越十日則病者就瘉.足能忍受頸淋巴腺截除術.

舌二側均受累而未深入舌根者.幾與以上手術同.卽將兩側截除亦不難.其法卽先撑開其口.用二絲線.一穿舌前部.一穿於會厭之前.隨循口之二側割開口底之粘膜.且將附麗於頦棘之肌截斷.如此則舌甚鬆而易牽於口外. 於是用剪近舌根橫斷之.其顯露之大血管宜先縛而後割斷則出血自不甚劇.有時可將舌根前牽.包縫以上下粘膜俾 口內鮮肉之面減小.

若病延入甚深至累及全舌.則不得不將舌完全截除.可依賽姆氏法先截斷下頷骨.卽由下脣循正中線下至舌骨割一口.遂用鋸由中央將下頷骨鋸斷使其二半分離甚闊.再用剪或烙器斟酌截除其舌. 旣止血出.則用絲線或銀線穿過舌根及會厭而制舌.以免呼吸受阻. 後用銀線將下頷骨縫合.並將皮縫合.但須先用喉切開術.

若應將全舌或舌之一塊及頸淋巴腺一併截除.則用科什耳氏 Kocher 口外旁法最佳. 始用喉切開術.以施氣管內痳法.遂以烙器烙其舌之潰瘍面以滅細菌. 再由近耳垂割起.循胸鎖乳突肌前緣至舌骨大角,向前約至正中線,又向上至下頷聯合割之. 所割之皮片及皮下組織俱翻起而縫於頰上.後將一切淋巴腺,卽頦下頷下頸動脈上等腺,盡行截除.並截除頷下涎腺.且將舌及頷外二動脈縛於近頸外動脈處.若下頷骨有受累之處可用鋸截除之. 若祇截除舌之一半.則用剪循舌正中線劈分爲二.且割斷口底及口旁之粘膜.祇留舌肌連於原處.若欲截除全舌.則勿庸劈分. 後將頷舌骨肌之麗下頷處割斷.使外傷口通至口腔.且將舌由此孔牽出.卽於會厭及舌骨處截斷之.如此則全口底現露便於處理. 後用藏縫並淺縫術縫合頸部之傷口.但宜用引流管數日.

善後療法 任用何手術均須用一種塗料卽安息香雜酒(但其中所用之煉酒用碘芳溶於醚內至飽和以代之)刷於截斷之肉面.或用克羅拉民油溶液刷之. 但首要者須用消毒吸劑,如硼酸稀釋溶液,二十分之一硼酸甘油,或山伊他等.頻灌洗其口.且頻用克羅拉民噴於口內. 在四十八小時之內宜留意看護.免舌根落後致阻呼吸.越二日則無此虞.再將牽舌之線取出可也.病者在牀二三日卽可起而離之. 第一日宜用肛飼法.後用飼杯.杯嘴接一橡皮管.置於咽或食管內飼之.病不甚重

者過一二日能自嚥食物.重者過五六日病者亦可自將橡皮管置於咽內而食之. 手術之最險者卽染菌.致有繼發性出血或腐敗性肺炎等.欲免此危險.宜於手術之先留意潔淨病人之口.

夫截除舌一部分或全舌.驟然思之必致其官能大缺.然實不至如此之甚.雖其嚥食暫爲受阻.然官能速恢復.縱唇齒音不十分清朗.亦可恢復大半也.

淋巴腺處截除術 對於舌癌施此術甚爲重大.蓋其手術之範圍必由顳乳突直至胸骨上切迹也.若舌之二側受累.須截除頸二側之淋巴腺.但有時雖似只累及舌之一側.而頸二側之淋巴腺或皆受累. 其割口必循胸鎖乳突肌之全長.且另從頦割一口至遇第一口恰在舌骨大角之下.遂將二皮片帶頸闊肌剖離而翻往前. 再將頦下及頜下所有之蜂窩織及淋巴腺.並頜下涎腺(除深份及導管外)一併剖離而翻往後.如此則現露頸內靜脈.又將居於頸內靜脈上所有之淋巴腺由下向上或由上向下剖離之.且將頸前三角處所有之蜂窩織,並下至肩胛舌骨肌深面上至二腹肌後腹及腮腺下緣二者之深面之一般淋巴腺一併截除. 對於頜外動脈及舌動脈前後兩端皆宜縛住.頸外靜脈固必宜除去.頸內靜脈亦有時不得不除去.但宜謹慎勿令面神經及副神經受害. 愼用藏縫術可減輕將來之畸形.但必將引流管置於傷口之下端.若已割至腮腺.傷口之上處亦必用之.

涎腺病 AFFECTIONS OF SALIVARY GLANDS

腮腺炎 其炎有數類.列之於下:

(一) **流行性腮腺炎** Epidemic Parotitis (Mumps). 此係最能傳染之特殊急性病.多見於小兒.潛伏期約三星期. 起初病者畧發熱.一或二腮腺腫大.二腺腫者先顯於一腺.捫之覺痛.越一

二日彼側之腺亦腫大.不易嚼物.因該處緊張也.約一星期之久則腫漸消.所腫之處係在耳之下前.捫之卽知居嚼肌淺面之副腮腺亦受累. 有時頷下腺,舌下腺,及隣近之淋巴腺皆腫大.化膿者少見.若患於成人.常見其炎遷徙至睪丸,乳腺,或卵巢等.約只一側者受累.是以在睪丸雖癒後強半萎縮.而其生殖之作用不失. 治法.病者宜温煖.並當安息.服瀉鹽類. 至晚期當用激性擦劑以助炎勢消退.雖其急狀已過.而腮腺之腫或經數日方消.

(二)單純性腮腺炎 Simple Parotitis. 約因受寒或外傷或腮腺管有石所致.如因腺管有石.必係慢性硬化性炎類. 其症狀乃患處痛腫.週身不爽. 亦間有因腹或盆之各內臟受外傷或有病而致者.昔人以此係因膿毒血病.近今則知乃因久用肛飼法.致口及齒不潔而染至腮腺之故.嘗有人因胃潰瘍而用肛飼法致起此炎.此可爲證也. 治法.用熱濕布加貝拉朶那(藪茄)少許敷之.

(三)化膿性腮腺炎 Suppurative Parotitis. 此類較重.由口染毒循腮腺管而起.或由膿毒血病而起.或爲疹熱病如猩紅熱或腸熱病等之後發患. 其腮腺增大.所蓋之皮充血而水腫.因該處之筋膜甚健故甚痛.且其膿被筋膜所阻難至皮面.故由皮下延至頸肌間.或向上內延至顱底.或經過咽上縮肌之上緣而上延至口.且因其毒素被吸收.故全身受累甚烈. 更因大動脈及大靜脈穿過腮腺.故有成膿毒血病之趨勢.是以此病之豫後不甚佳.

治法.一化膿卽宜割一大口放之.但當小心勿傷面神經.故必先割一淺口.繼以鈍鑷入膿處張開其兩頁而放之.重者其膿延至四圍則勢甚險.必宜割一大口.而於面神經等要件無須顧惜矣.

頜下及舌下腺炎　此與腮腺炎相似.無庸細述.頜下腺炎若累及頜下處之蜂窩織.則成膿性頜下炎(見五十五面).

舌下囊腫 Ranula.　有因舌下腺之某管被梗塞而膨脹.致口底成一含濃厚粘液之腫團者.或因頜下腺管被梗塞而膨脹所致.然此罕見.因該管尋常居腫團之外面而無恙也.囊腫之大小與核桃略同.祇患於一側.　治法.截除囊壁一大部.俾囊內生肉芽而癒.若此法不足.則將囊完全截除.

涎流被阻 Salivary Obstruction.　致此患之故不一.或因涎腺管入口處生瘢縮緊所致.或因涎腺管內被燐酸鈣及炭酸鈣所成之梭形涎石 salivary calculus 梗塞所致.此等涎石只生於頜下腺及舌下腺.因其涎稠濃而似粘液也.惟腮腺之涎不然.乃透明而如水.　症狀.食時與食後涎腺痛而腫.設涎能流過管之狹窄處痛腫即消.患之日久者則成慢性腺腫.腺內間質增多.腺圍組織隨亦發炎.　若有涎石.約常有許多惡臭粘液膿流入口內.若涎毫不能流出.則或成一囊腫.其囊腫自破或被割開則成涎瘻.　治法.涎腺管口窄者則設法開大之.或開一人工口.　管內有涎石者每由管口突出.能視亦或能捫之.可由口腔割開其管而取出.　若涎石生於頜下腺內.或宜將該腺完全截除.

涎瘻 Salivary Fistula.　此患幾盡在腮腺.因頰受刺傷致斷腮腺管,或該處經手術致腺管受傷而成.　此病甚為繁難.使外科士為之棘手.病者亦甚有不便.因涎常流頰外.食時更甚.　按腮腺管起於副腮腺之前.經過嚼肌之外面.長約二吋.後遽彎向內.穿頰肌而對上第二臼齒處入口.　若由耳垂至鼻翼與口角之中間劃一線.則可指明腺管嚼部所行之路.　該管徑約八分之一吋.其最窄處乃管口.

治法　若只累及頰部.宜從口內將管劈開.有時能癒.若在嚼部治法較難.近副腮腺則尤難.　以下所述之法甚為合宜.即

以細探針入管口,循管腔抵受傷處,由受傷之外口而出.用雙線縛探針頭引過管.再繫細引管於線以便帶之入口內.如此則管之一端居頰外一端居口內.又用二絲線縛引管之二端.於口角處作一結.自使腮腺管之頰部如故通於口內.則涎易流入口而不向外溢矣. 越數日去其引管之外端.僅存絲線佔瘻管處.則瘻管漸次縮窄.涎流入口內日漸增多也. 後則將絲線及引管全行撤出.若留意免腮腺管入口腔之口縮緊.則外面之傷處自速瘉矣. 設腮腺管之頰部完全閉塞或梗塞.致探針不能經過.可用套管針由外穿過頰部而入口內.以線穿過套管由線拽一引管入口內.再撤出套管僅留引管.厥後依上法辦理.

另有一法.卽將瘻管與他組織剖離直至其通腮腺管之處.遂將瘻管折向口腔而移植之.在口腔之正對瘻管口之粘膜開一口以通之.後將頰部之傷口完全縫合.

腮腺瘤 分良性惡性二種.

(甲)良性腮腺瘤 約係內皮瘤類.內或含纖維纖或腺組織.大抵起於血管或淋巴間隙所襯之內皮細胞.且因腺間質有膠樣或粘液樣變.故類似軟骨瘤或粘液瘤. 捫之堅硬.且有結形.並有數軟塊雜於硬組織中. 此瘤居於下頜與胸鎖乳突肌間.而伸枝至嚼肌淺面,或顳乳突顳莖突之間,或至下頜枝之深面(第三百二十一圖). 初起易於移動.而遮瘤之皮不粘着.迨後與鄰組織相粘卽不能移動矣. 生長甚緩.不痛.亦不連累淋巴腺.且不顯惡病質.終則阻碍咀嚼.但他狀無關緊要.因生於腮腺之

第三百二十一圖



Fig. 321.—PAROTID TUMOR
腮腺瘤

淺部與緊要之血管及腦經無碍也.倘不施治.即漸變爲惡性瘤.

眞纖組瘤或眞腺瘤亦有時生於腮腺.

(乙)惡性腮腺瘤　係內皮瘤類或肉瘤或癌等.或由良性瘤而起.至於變惡性時其生長較速.且痛較劇.又較難移動並壓血管及神經.面神經受累更易.遂致面癱.遮瘤之皮充血.且與瘤粘連.繼則成蕈形之潰瘍.隣近之淋巴腺或內臟生繼發性瘤.全身速顯惡病質.癌類不及肉瘤類之多.然二者之經過無異.多係腺癌中之髓樣類.而早累及附近淋巴腺.

診斷　對於豫後最要乃鑒別其係惡性或良性.因良性者外有被膜易於截除.而惡性者無定界.幾不能完全截除.欲鑒別之宜細思上言之症狀.留意查其生長之速緩,皮及鄰組織如何,及瘤能否移動,並病者全身之形狀等.若面神經被癱.幾盡係惡性瘤也.腮腺淺面諸淋巴腺.若因結核病或口內之鱗狀細胞癌等而受累.其狀與腮腺瘤甚似.但地位較淺.故可鑒別.

治法　惟皮受累不多,瘤亦活動,且尙無繼發性瘤者.方宜試行截除.若患已日久.雖係良性亦不可截除.因瘤連於甚深之他組織.且將欲變惡性也.按惡性瘤應用手術者少.因其蔓延播散較早也.

對於良性瘤宜繞瘤一側割一皮片.翻向前或向上.使瘤被膜露出而截除其瘤.惟須謹愼免傷面神經.此神經平常居於瘤之深面.然間有居於瘤之淺面或穿瘤內者.摘出瘤多半不難.然務宜留心勿稍留瘤之深部.否則瘤必復發.手術時面橫動脈及他動脈雖多出血.然易於制止.所遮之皮雖有餘勿庸截去.因瘉後皮速縮緊也.

對於惡性瘤在早期或可將腮腺完全截除.其法即於腮腺面割一直口.或皮已受累不如割二弓形口.後將腮腺與鄰組織分離.若能不割破腮腺被膜更善.先處理腺之下部.而雙縛其頸

外動脈及面後靜脈.再將腮腺向前提起.用刀或剪截斷其深組織. 面神經亦不得不截斷.故於未施手術之前宜與病者言明.後必有面偏癱.

截除後幾盡復發.

有醫士於手術之第一步截除下頜角.以使手術之區寬闊易於着手.

第三百二十二圖



Fig. 322.—SUBMAXILLARY TUMOR

頜下瘤

頜下腺瘤 與腮腺瘤甚似.良性者即內皮瘤.然有輭硬之別.(第三百二十二圖).硬者似軟骨瘤.輭者似粘液瘤. 惡性者乃肉瘤及癌.此二者雖係惡性.然在早期亦易截除.

腭病 AFFECTIONS OF THE PALATE

腭裂 Cleft Palate. 此係口頂先天性之缺欠.因該處之組織未連合於正中線.致鼻與口異常相通. 梅毒結核等病所致之組織損失不屬腭裂之內. 腭裂之最輕者.不過懸雍垂分裂而腭未受累.稍重者祇腭帆有缺.(第三百二十三圖 A).較重者多寡累及硬腭.甚至向前抵門齒管(圖 B).最重者累及軟腭,硬腭,齒槽,上唇等.其裂達齒槽並上唇.或爲一側或爲二側.若裂在二側則門齒骨移位向前(圖 C). 發生時其腭之左右兩半乃由前向後長合.是以齒槽有裂而後部如常者罕見.

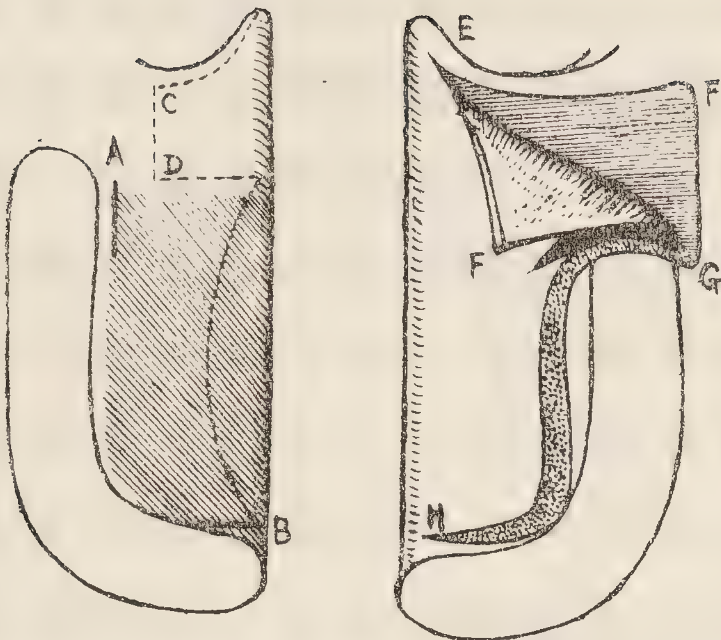
詳查腭裂則見其居正中線.然有時居於一側.或二側皆有.欲悉其故.宜記口頂乃係三板合成.即左右上頜骨之二腭突平向內長,及顱底之篩犂隔向下長是也.此三者在胎胚之九星期或十星期宜連合完美. 若二腭突舒長未至正中線.則成中央

裂.有時篩犂隔獨過長而凸出二腭突之間.則成雙裂. 若一腭突連中隔.是爲一側之旁裂.多見於左側.且齒槽與上脣亦被累而裂.在此類裂其中隔不居正中線而偏向好側也.

夫裂之寬窄無定.三板之方向斜否不一. 裂愈闊則施手術愈難.故人云脣雙裂者.宜截除門齒骨俾左右上頜骨相近.對於其方向其腭突之斜向愈垂直則施手術愈易.因所割之粘液性骨衣片易於正中線縫合也.腭突愈水平者其粘液性骨衣片愈短.故縫線必索之甚緊.始能令片邊挨近.但其果效愈不滿意.

腭裂與嬰兒之關係甚爲重要. 甚阻碍其榮養.因不能吮乳也.且液體入口易由鼻流出不得嚥下.故宜令嬰兒仰首小心用匙喂之. 言語不清.甚至不明其所言爲何.或有特異之音韻.凡需口內氣壓而成之音俱難道出.且因鼻粘膜較平常多遇空氣.故易患慢性乾燥性鼻炎.(見六百八十五面). 味嗅兩覺.不似無病者之靈敏.因粘膜有恙及腭有缺故不能研磨食物.

治法 對於何時施治.且用何法.其說不一.有云愈早愈妙者.產後數日即可施治.但其效果不甚滿意.因嬰兒無知常吮縫線.或以舌撥動之.且嬰口甚小,兼組織嫩而輭,故手術甚難.且嬰兒無忍受休克及出血之力也. 然亦勿遲之日久.恐濁音習慣.雖用手術治之亦難望其語言清朗. 按余謂合宜之時乃二三年之間.此時嬰兒畧有知識能受管束也. 最要者必須康健.口喉無病.且無發炎之處.莫妙於令小兒在手術前二三日入醫院.以便細察其身.但施治於春夏較勝於秋冬. 若腭扁桃增大.則於治腭裂前須截除之.但咽若有腺樣增殖病則無庸截除.因可助隔開鼻口二腔也. 手術之宗旨.乃將硬腭之裂用粘膜性骨衣片蓋閉.或壓二上頜相近使之閉合.對於腭帆非但使之相合.亦宜使之能活動. 所用之法雖多.茲僅述其三:

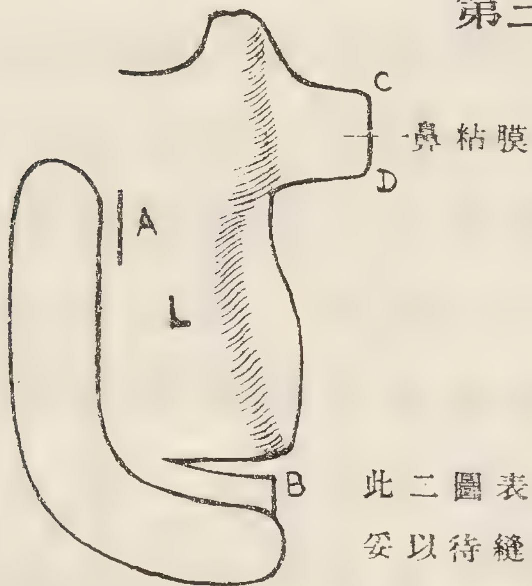


第三百二十四圖

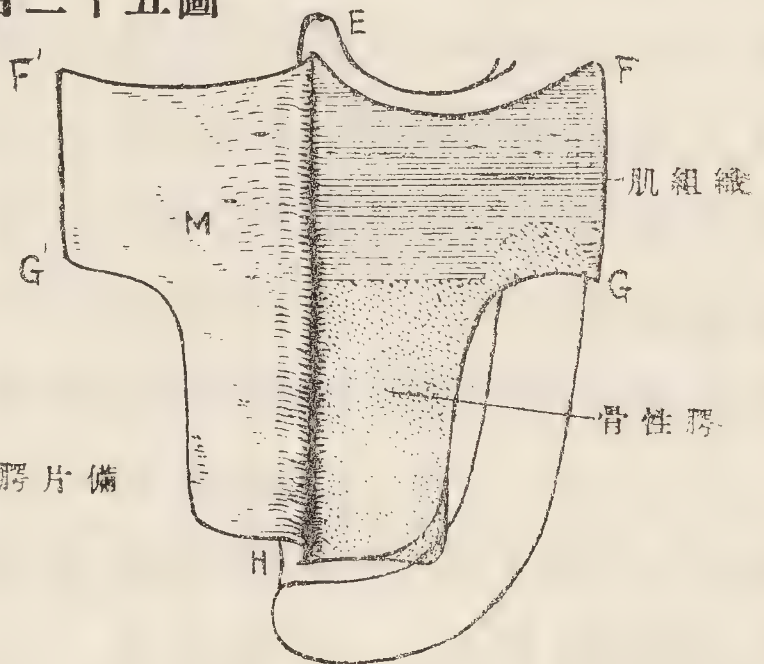
左圖表明治療腭之左側.在AB割二小口.由此口將粘液性骨膜從骨完全分離.由CD之點線表腭帆之鼻面所備成之粘膜片.亦備硬腭緣較小之片.

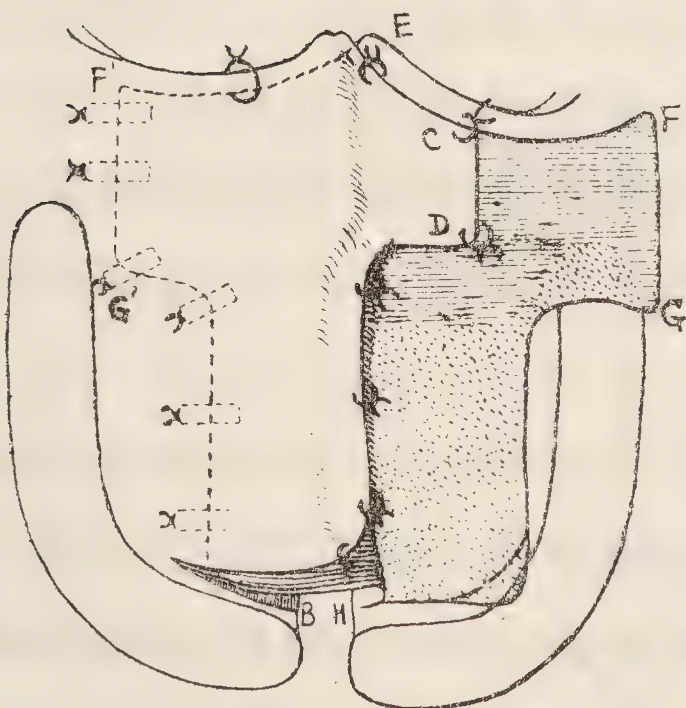
右圖表明右側之割口EFGH且表明粘液性骨膜片適在揭離之時.

第三百二十五圖



此二圖表明腭片備妥以待縫合





第三百二十六圖

表明腭片彼此相貼已縫妥.下圖乃表明橫剖面.右側之M片被左側之L片所覆

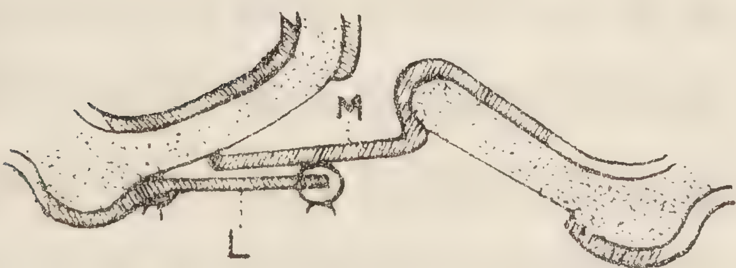


Fig. 324-6.—LANE'S OPERATION FOR CLEFT PALATE

藍氏手術

波裴氏術 Brophy's operation. 其意乃使左右上頜骨輳近而閉其腭裂也. 先使小兒迷蒙,隨削其腭之裂緣直至露骨.又用粗銀綫二三條恰在硬腭上穿左右上頜骨.再將各綫之二端穿過有孔之鉛片.扭緊而固定之.但必用指將左右上頜骨擠之密合.隨擠隨扭使二骨相挨.再用綫縫合軟腭.歷三四星期之久始將銀綫撤出. 此等手術.不可施於過六月之小兒.且必待此術後再治療其兼有之唇裂.此術在英國少用之.未知確能有益否.

藍氏術 Lane's operation. 對於數星期之嬰兒可施行.即將二裂半之口面粘膜性骨衣各剖離其骨使之成片.遂將此側片翻摺而複於彼側片之深面縫合之.則成鼻口二腔之完全間隔. 此手術之詳細階級見外科手術書.且對於各病案宜視其情況而稍異.觀三百二十四圖則可悉其大概矣. 將此側之粘膜性骨衣與其骨性腭分離.同時將軟腭鼻面之粘膜分離.使二者成一片(A B C D). 遂將彼側之粘膜性骨衣使成一較大稍佔齒槽之片(E F G H).即從外向內剖離.則其裂緣處之片根可作爲合頁而翻摺之. 再將彼此二片之肉面相貼.用二行線縫合之使成新腭. 如此難免遺有若許肉面主肉芽織而瘉.且恐日後於牙齒之生長有碍. 此術之結果非必較佳於郎恩伯克氏術.且已報告有若許病案施此手術未能奏效.並因之而傾命者亦有之.

郎恩伯克氏術 Langenbeck's operation. (又名腭裂成形術 Uranoplasty.) 約施於二三歲之小兒.在熟手行之甚有效果. 其法即剖離二側粘膜性骨衣使之成片.再削其裂緣輳近而縫合之. 若軟硬腭皆受累.同時修補之亦可.因少有裂隙過闊而不能輳近者也.縱使不能完全縫合.而後部亦必易縫閉.倘前部無法縫合而仍裂.如門齒骨已被取出者.非關重要.因可備一帶假牙閉孔器以彌補之也.若祇軟腭受累.施手術則結果甚佳.

第三百二十七圖

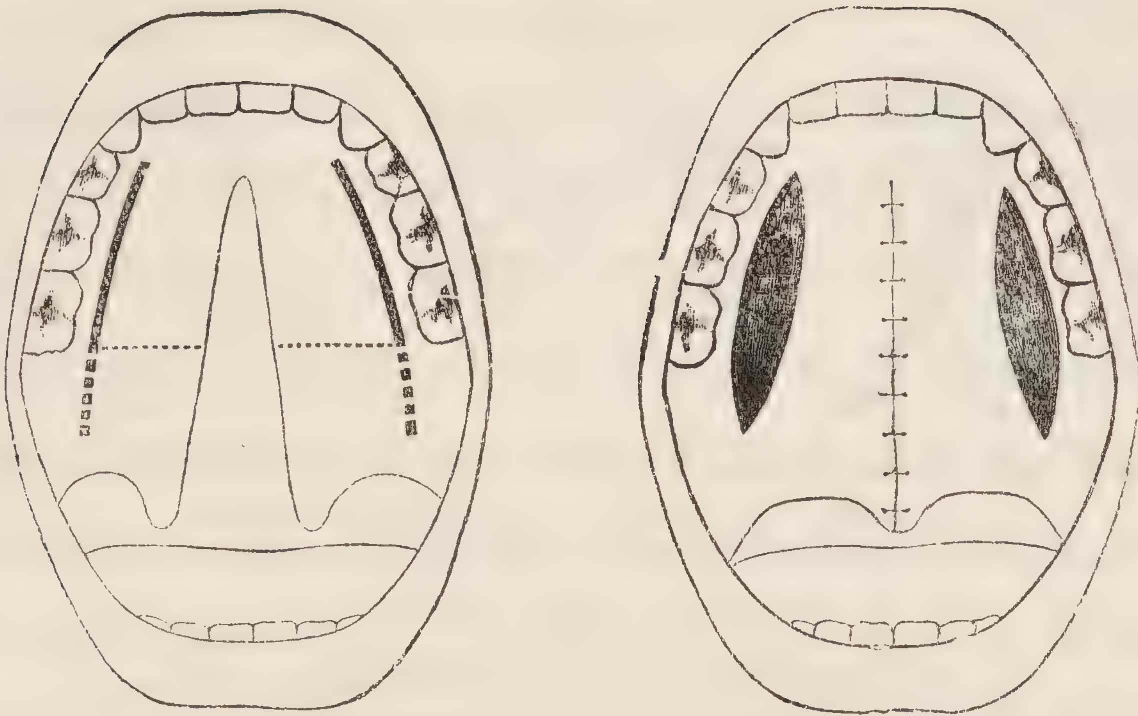


Fig. 327.—DIAGRAMS TO INDICATE EXTENT OF INCISIONS IN URANOPLASTY
The thick black lines show the primary incision; the thick dotted lines the extension backwards of the same to relieve lateral tension; the thin dotted lines indicate approximately the position of the free border of the bony palate

The right-hand figure shows the position of the sutures and the condition of the parts at the close of the operation.

此圖指明腭裂成形術刀口之長短

左圖中粗黑線指明初割之口.其粗虛線卽往後割以鬆弛其旁之緊張力.細虛線表明硬腭之獨立緣.

右圖指縫線之位置及治畢之形式

宜用哥羅芳作痳藥.須留心莫使哥羅芳滴入口內.且防吸器將哥羅芳氣噴於裂緣. 以張口器張開其口.其器以僅撐口之一側者爲佳.因其易於放入取出也.此術可分四級論之.

第一級卽剖離粘膜性骨衣片. 由末臼齒距齒槽緣半吋向前割一口.與齒平行稍過裂尖.若齒槽亦受累.則刀口當至旁門齒後而止.(第三百二十七圖).以保存片前部之血供給也.隨割粘膜性骨衣直達至骨.後用合宜之骨刮由割口將硬腭之軟組織向內刮離其骨.直至刮尖突出裂緣爲止.須謹愼將片從硬腭後緣完全分離.然必須輕手爲之.因此處之骨衣甚嫩弱而莫傷之也. 裂之彼側亦須如此.此級出血甚多.故頭宜偏向一側而下垂.且須以海絨頻擦其咽免血流入氣管.

第三百二十八圖　第三百二十九圖　第三百三十圖

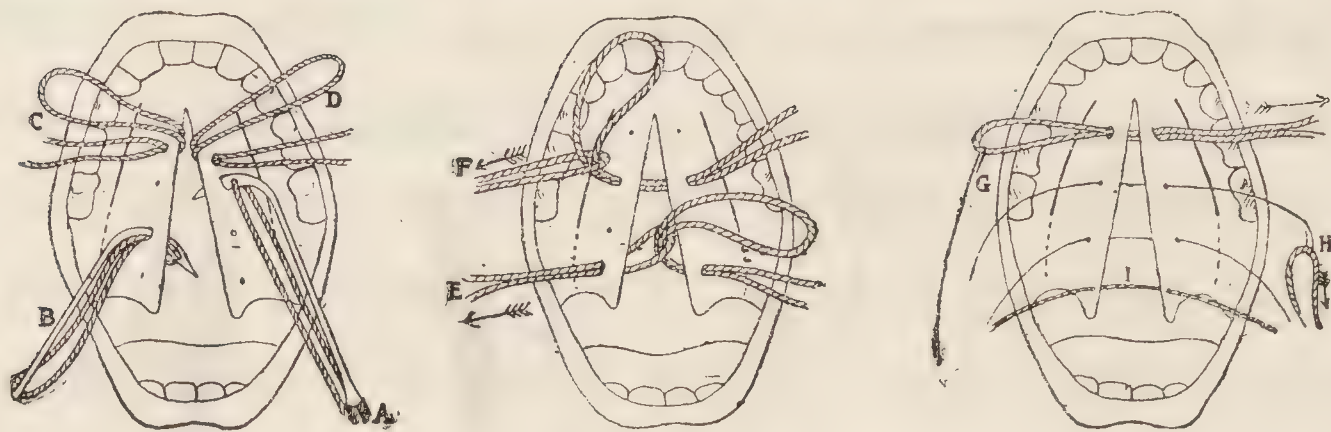


Fig. 328, 329, 330.—DIAGRAMS TO ILLUSTRATE THE LOOP METHOD OF PASSING STITCHES IN THE OPERATION FOR CLEFT PALATE
The needles and silk thread are for purposes of illustration represented much thicker than would really be employed

此三圖表明腭裂成形術之襻縫法.圖中所畫之針線.爲淸顯易覽起見.故較實地用者粗大也.

第二級卽削除裂緣. 宜用角形扣鑷夾住腭懸雍垂之底.削除裂緣之一薄層.須割成一整條爲妙.繼則如法削其彼側.夫必待此級方削其緣者.恐擦咽時其新緣受挫傷不易長妥.且因剝粘膜性骨衣片後始知削緣宜斜若干也.

第三級卽縫術. 最妙用襻法 loop method. 其法卽用長柄彎形之腭縫針.貫以細白絲線.針離裂緣二三粍由下向上穿過粘膜性骨衣片.(第三百二十八圖 A).隨用鑷將襻線由裂處牽出口外(圖 D).解下縫針.如此穿數襻.且在對側亦穿數相對之襻.(圖 B C). 將此側襻套彼側襻內(第三百二十九圖 E).輕手拽彼側襻帶回此側襻(圖 F). 再將銀線置入此側襻內.撤回其襻以引銀線過二骨衣片(圖 G H).再將銀線之二端扭之成結.使二片之削緣對緊而吻合. 如此由前向後施行.每線隔半糎.直抵腭懸雍垂底.末用雙彎針(圖 I).貫以絲線縫合腭懸雍垂.其不用銀線之故.恐激刺舌之後部致人吐嘔也. 有外科士喜用特備之雙彎空針.針柄內有銀線軸.空針穿腭裂二骨衣片時卽放開銀線軸.則線由空針尖而出.從腭懸雍垂起前行每穿一線卽縛妥.

第四級卽鬆弛側性緊張. 此爲至要.蓋務必將腭旁二刀口延往後過軟腭割斷提腭帆肌.(第三百二十七圖粗虛線).有時亦須將舌腭弓及咽腭弓並二弓所含之肌截斷. 後移小兒於榻.使頭畧低.俾血及粘液等易返流至咽.用稀釋消毒藥液漱口.或噴以克羅拉民之溶液.初四五點鐘禁用食物.在二十四點鐘內僅給飲食少許.首四日多用牛乳及水以匙或飼杯飼之.越五日畧用稀食,如粥或水浸之麵包等.至六日病者起坐於榻.或下地行走.至十日或二星期後可將銀縫線撤出.若有炎狀須將二氯化氫溶液噴於其上. 若祇軟腭裂.其法與上幾同.卽先削裂之二緣.繼於兩旁割一口.將提腭帆肌割斷.後用線縫合.

果效 大半初瘉後言談不如前.因先雖有裂.已習慣設法出言.裂旣治畢.則反畧似有碍於出言.宜請專門聲音家規正之.但無論用何法敎之.仍不免帶有鼻音.因軟腭縫妥後畧較低而不能抬起其腭帆以閉鼻後孔.然手術甚爲有益.因能間隔鼻與口.使鼻內粘液不能任便流入口內.病者味覺亦較勝於前.且身體亦覺爽快.

器械療法 Mechanical Treatment. 有外科家及牙科家視用閉孔器或人工腭帆以治腭裂較妙於外科手術. 其閉孔器卽一片或一栓以閉或塞其硬腭之孔也.對於外傷或梅毒所致之穿孔,或施手術不得不取出硬腭數份(如截除上頜骨術)後,用之有益.對於雙唇裂兼腭裂而門齒骨已被截除者.則腭之前部遺有一孔.非用閉孔器不能妥善關閉.且該器亦能代人工門齒及人工頰片以推其上唇向前. 任因何故用此器.不宜有緊塞之弊.免孔被激刺而開大也.須用金類或堅橡皮之薄片.固定於牙齒.並藉吸力以保定其位置.然有時於片之上面加一凸物鬆塞其腭孔.俾突入鼻內以減小鼻腔.或有益. 人工之腭帆乃一閉孔器加一活動物於其後緣以代腭帆.此活動物或爲帶合頁之金類片倚於軟腭之鼻面.或係薄而含氣之橡皮囊縫於閉孔器之後緣.然此等人工腭帆甚爲複雜.且難護理.其結果不及手術爲愈.

腭潰瘍 有數類. (甲)良性者.此爲口炎之併發患.
(乙)梅毒性者.累及硬腭或軟腭.淺者乃梅毒第二期之症狀.深

者累及骨.常致骨壞死.乃梅毒第三期之症狀. (丙)狼瘡性者.此不常見.能致組織毀壞甚闊.多爲小兒之鼻內狼瘡之併發患.(丁)結核性者.即骨衣下生結核性膿腫破裂而成者.兼患硬腭之骨瘍. (戊)惡性者.多係鱗狀細胞癌.或係腭粘膜之原發癌.或係舌或腭扁桃或上齒槽等處癌之繼發患.

後天性腭穿孔 此患間有由外傷或狼瘡而致者.然幾盡係梅毒第三期所致.其鼻中隔常受累而毀壞.致鼻有極濃臭之溢液. 若祇軟腭受累.癒後則成瘢痕.或將腭帆粘着於咽後壁.或致咽狹窄.或致腭帆損失若干組織. 任因何故致腭帆不能閉咽之鼻部.則出言時必帶鼻音. 治法.宜用解梅毒藥治之.若腭已穿透成孔.宜用閉孔器.即用橡皮一片藉吸力以固定之.或用橡皮二片縫連其中央.一片置孔上.一片置孔下. 若癒後所遺之孔不大.果其人康健.可備孔側之粘膜性骨衣片.削其緣將孔掩蓋而縫合.然其結果不甚滿意.

任何平常之骨炎.均每見於硬腭. 骨壞死多因梅毒第三期而起.亦有因上齒槽膿腫其膿串至硬腭致成急性骨衣下化膿而得者.無論何故所致.醫者宜待死骨片活動後方可取出.骨瘍多因梅毒或結核病所致.

硬腭瘤 良性齦瘤.見六百六十五面.有起於腭正中線者.亦有起於齒槽者. 腺瘤罕見.起於腭腺者其形滑或似瘊.略似鱗狀細胞癌.惟舒長甚緩.且不潰爛.亦不痛.並不累及鄰近淋巴腺等.故易鑒別.只截除腭軟組織及瘤足矣. 肉瘤.或爲原發性.或爲繼發性. 原發性者多係粘液肉瘤.與瀰漫性齒槽膿腫相似.然因舒長甚緩.且不痛不發炎.故可鑒別之.若仍有所疑.可以刺法探察之. 癌亦罕見. 對於肉瘤及上皮癌僅累及硬腭者.只截除本側上頜骨一部.厥後截除其淋巴腺.然對於肉瘤用銑治療之或尤妙.

腭懸雍垂過長 Elongation of the Uvula. 常因慢性咽炎所致.始初雖用收歛劑可瘉.但日後仍漸成慢性病.甚激刺舌之後面及咽門.遂致常嗽不已.或惡心嘔吐. 至此景况.莫若截除之.即先以可卡印麻之.用鈎鑷鈎住粘膜及其下之肌組織.隨用鈍尖剪剪之.只留三分之一吋長.

腭扁桃病 AFFECTIONS OF THE TONSILS

急性腭扁桃炎 此由傷風或吸濁氣而得.或吸陰溝之穢氣亦能起此患.常見於服務醫院之人.或發生於急性僂麻質斯之前. 因所有之細菌不一.故其症狀之輕重不等.較輕者因葡萄球菌或肺炎球菌所致.較重者因鏈球菌所致.此患可分三類.

(甲) 急性表面性扁桃炎. 此患不重.多因傷風致扁桃並咽及腭帆畧發表面性炎.雖扁桃不甚腫大.然有發紅,疼痛,嚥下困難等. 服平常之解卡他炎藥,及用氯酸鉀溶液漱咽即可痊瘉.

(乙) 急性濾泡性扁桃炎. 其特狀乃全扁桃腫大.有時腫至二扁桃相挨於正中線.呼吸嚥下皆困難.甚痛.其色紫紅.泡內多有黃色之滲出質.或散於扁桃之面結成斑.或結成一層假膜.與白喉膜畧似. 體溫升高.下頜角下淋巴腺腫大.捫之則痛或化膿.舌苔厚白.大便秘結. 此多因鏈球菌所致.有時為敗血病之前驅.

(丙) 急性化膿性扁桃炎.又名膿性咽門炎. 此乃扁桃急性炎四周及其內皆化膿.(扁桃圍膿腫).左右兩側者同發炎.但其化膿只在一側.設兩側者皆化膿.必一側較早.約歷三至七日始至化膿之期. 患處甚為腫大.致呼吸嚥下皆困難.體溫升高.疼痛甚劇.頸淋巴腺亦腫大.有時聲門水腫.其他症狀與濾泡性

扁桃炎同.遲早膿腫必自破.病者則立覺暢快.其破處多在扁桃上外側.

第三百三十一圖

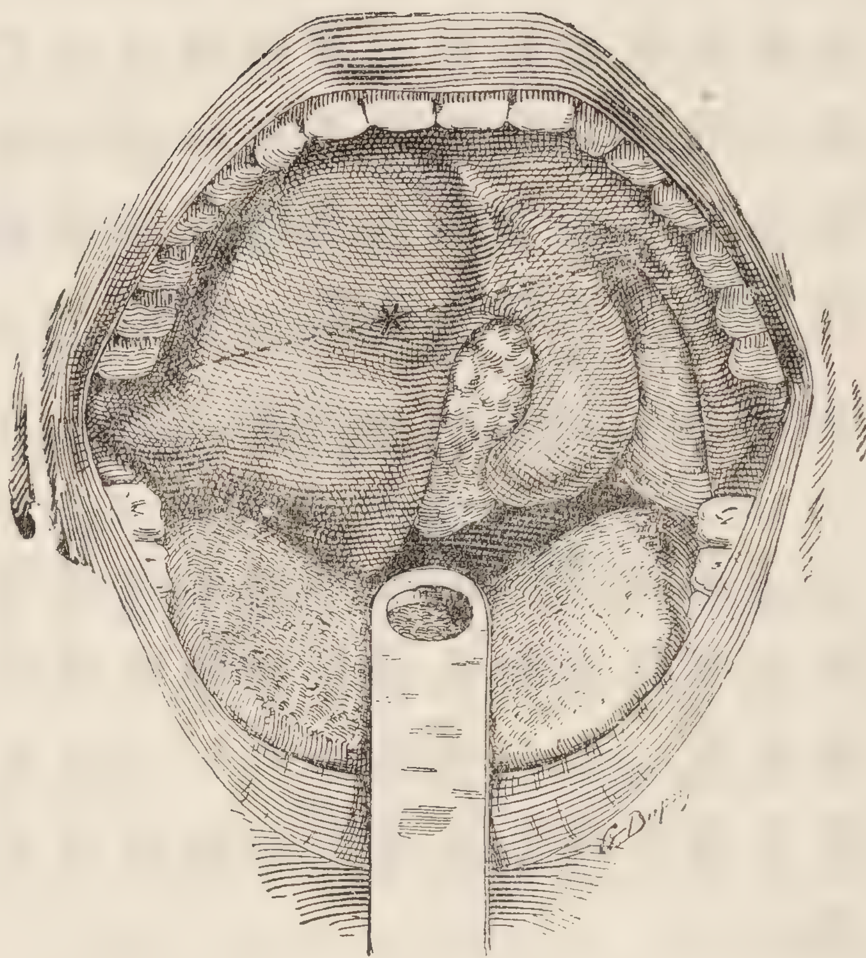


Fig. 331.—DIAGRAM TO INDICATE THE SITUATION TO OPEN A PERITONSILLAR ABSCESS—VIZ. ON A LINE DRAWN FROM THE BASE OF THE UVULA TO THE LAST MOLAR TOOTH BUT NEARER THE UVULA

此圖表明開扁桃圍膿腫之處即在由腭懸雍垂底至末臼齒之連綫較近懸雍垂處

診斷 與猩紅熱之鑒別.即無猩紅熱之特疹及紅舌.且患區之色較紫.並有定界. 與咽門丹毒之鑒別.因其紅有定界.水腫亦不似丹毒之瀰漫.下頷角之淋巴腺亦不甚腫大.且皮面亦無丹毒之紅暈. 與白喉之鑒別.乃其假膜不緊粘着其下之組織.以物擦之則易除出.且培養之則不得白喉桿菌.(見八十九面).

治法 始用甘汞爲瀉劑.後服柳酸鈉二十厘 Sod. Salicylas 1.3 gm. 每日三次.或服氯酸鉀及硫酸鎂.倘全身之症狀甚重.可加烏頭酒數滴. 其止痛法.乃用一百八十度(82°C)之熱水加安息香雜酒及薄荷冰少許.使病者吸其氣.或用乖阿可耳百分五之甘油溶液以塗扁桃.每日數次.此非但有消毒之用.亦爲局部麻木之劑. 愈早放膿愈妙.用瘻管鑷放之較妙於用刀.其放膿之處乃在懸雍垂底至末臼齒之連線之中點稍近內側.(第三百三十一圖 X).其放膿之口可往下內開大之.切勿過深或過往外側.免傷嚥上縮肌,或穿傷咽筋膜致患瀰漫性化膿,令病者因膿毒血病而傾命. 在放膿之前後須用熱濕布敷於頸及

頷.病者果能嚥物.多用液體食品.且服鐵及辛科那等補劑. 因此病最易復發.故於瘉後將扁桃截除庶爲有益.

慢性腭扁桃炎 可分二類.

(甲)慢性炎性扁桃炎. 常見於小兒.係扁桃經一次急性炎.後則仍腫大.痛而充血.且易復發.甚致化膿而潰爛.日久扁桃縮小.萎縮成纖維織而硬化.然仍有含濃厚膿或潛伏菌之病竈.

(乙)慢性肥大性扁桃炎. 多見於虛弱易患結核之小兒.且兼患咽腺樣增殖病. 腭扁桃大而硬.色淡.其小窩之口甚顯.窩口內有粘液塞之.其粘液塞或被鈣酸鹽侵入而結石,或變成囊腫. 有時扁桃生長甚大.左右相挨於近腭懸雍垂下之正中線.致嚥下呼吸皆困難.有時扁桃被舌腭弓所遮.然將舌腭弓推向一側或令病者作嘔狀.則可見甚肥大.

腭扁桃肥大及咽淋巴腺樣增殖病 Enlarged Tonsils and Adenoids.

多見於居城鎮且房舍矮小之貧苦小兒.每兼頸部淋巴腺增大.角膜生小泡.且因頻傷風故其鼻常溢液.致鼻前孔有剝脫之患.此等小兒之環境不合衛生.其食品多爲炭水化物類.頭上有虱. 較豐富且常受照顧之小兒少患之.在乾燥溫和之地少見腺樣增殖病. 猩紅熱,痲疹,及他傳染病所致之炎患.常爲此病之前驅. 因其鼻梗塞故常用口呼吸.語言不清.睡時作噑. 其炎患甚有累及耳咽管之趨勢.致成中耳之併發病.(見下章).

其繼發性患即頸部淋巴腺生結核.多因牛結核桿菌所染.先受累者乃下頷角後之淋巴腺.如此則每見其扁桃內有標準而含巨細胞之結節.若祇一側之淋巴腺增大.則僅本側之扁桃有結核患. 淋巴腺增大之故.原係吸收膿毒.而其變結核性乃繼起者也.故若截除該扁桃.而淋巴腺或就痊. 牙齒有恙或爲扁桃患之一因.故施手術截除扁桃之先須調理其齒.如此或可

免用手術. 此等肥大之扁桃或頻患卡他性炎.切勿在其急性炎期截除.

截除扁桃及腺樣增殖病之先亦須檢查其鼻.以鑒定用口呼吸非因鼻內有梗阻,如中隔偏曲或生距狀突是也.

治法 始宜移病者於海濱或城外吸清空氣.並服鐵及魚肝油等劑俾病者康健.且須用消毒而收斂性之塗劑,如鞣酸甘油刷其咽.兼服亞砒酸鉀液之小劑量甚有裨益.

若上諸法無效.宜割除扁桃.最妙乃施摘出術.疇昔用環扁桃刀截除扁桃一份.結果甚不佳.切勿用之. 對於扁桃完全截除或摘出有二法如下:

(甲) 用環扁桃刀截除術 Enucleation by Guillotine. 先施以醚.遂以陣克耳氏吸器用醚哥合劑或哥羅芳迷蒙之.令病者仰臥手術臺上.勿以枕墊其頭.外科士立於病者右側.用一張口器於正中線張開其口.而將器柄倚於左頰. 以右手持一鈍環扁桃刀.環於左側扁桃之下端.則將環刀轉而向前.將扁桃從其窩內提出.再將左食指尖置於舌腭弓之外側附麗份.向環刀而壓之.則可將扁桃完全推入環刀之環內.遂以右拇指漸推刀柄以關閉其環.然必謹慎.若壓舌弓腭過度.恐弓一份推入環內致被切斷. 如此其刀乃經過扁桃被膜與扁桃窩內所襯之纖維層之間.而將扁桃完全截除. 當時雖出血甚多.然以鑷夾海絨壓之則易制止.倘有何大動脈出血.則用動脈鑷夾而縛之.

再將環刀執於左手.依上法截除左側扁桃.外科士果能左右手任意而用甚妙.若祗能用右手.則應立於病者頭後先於左側着手.

(乙) 用剖解截除術 Enucleation by Dissection. 若不應用環刀,或不便用之.則可用者有數法.總之均以合宜之鑷將扁桃從其窩內提起.遂將舌腭弓與扁桃間之粘膜割斷.以現露扁桃被

膜再用一鈍器將扁桃漸漸剖離其窩.且將扁桃周圍之粘膜貼近扁桃緣割斷之.

任用何手術難免有劇烈之出血.或立出或後出(即復發性出血)無定.尋常用浸於腎上腺素溶液之紗布壓於肉面.同時用指從頸外側對壓之即可制止.倘無效.則可將舌腭弓與咽腭弓彼此縫合.俟二十四小時始撤出其縫線. 且須注射嗎啡於皮下以安撫之.並宜敷冰於頸部. 對於成人.施手術前二十四小時須服乳酸鈣一二英錢.

扁桃梅毒病 任在梅毒何期腭扁桃俱能受累. 第一期之下疳罕累之.若有之.致頸淋巴腺增大極劇.病勢甚重. 第二期之潰瘍常見.係匐行性.且左右對稱. 第三期扁桃受瀰漫性樹膠樣腫之浸潤.其軟腭及咽門亦受累.致咽狹窄.

扁桃瘤 此不常見.若有之則多係惡性者. 上皮癌此係硬性浸潤.速延至隣處.而累及淋巴腺.多起於舌根或舌腭咽腭二弓.面似潰瘍.瘍緣硬而其底腐敗.有起初不自覺痛者.直至淋巴腺增大始知.若不治療則速致命. 淋巴性肉瘤.爲扁桃之原發性病.形滑而色紫紅.有粘膜緊裹之.捫之覺軟.幾有波動.初起易於移動.爲日不久.侵入隣組織累及隣近之淋巴腺. 圓細胞肉瘤.亦爲扁桃之原發性病.較淋巴肉瘤尤無定限. 此數種瘤皆能延至咽.而阻碍嚥物及呼吸.後則潰爛.甚或出血.病者多因出血而死.

扁桃惡性瘤截除術 因患甚闊.且早累及隣組織.故有時不能完全截除.可從二方面着手.

(甲)由口內著手. 若係能移動且有包膜鬆裹之淋巴肉瘤.可由口內治之.先以電烙器開其包膜.隨即將瘤剜出.有時爲之甚易.且血出無多.但截除後須用銑治療之.然幾盡復發於鄰近之淋巴腺.

(乙) 由頸部着手. 對於上皮癌祇此有用.然因病者求醫時患勢已廣蔓延.故少得用之之機會.其法循胸鎖乳突肌前緣割一口.謹慎解剖.直至咽壁.且截除其一般長大及疑爲有病之淋巴腺.並縛頸外動脈或其諸前枝.後使患園離開隣組織而截除之.有時必由口角起向後至頰割一口.或截除下頷骨一份.但如此重大之手術.當施與否誠屬一問題.因立時致死者固甚多.而不復發者亦不少也.患此者多宜用姑息療法.如胃造瘻術以助其食物.或氣管切開術以助其呼吸是也.

咽病 AFFECTIONS OF THE PHARYNX

急性咽炎 Acute Pharyngitis. 此炎多與腭帆,鼻粘膜,腭扁桃等炎同時而發.約因受寒,或吸陰溝之濁氣,或發疹熱病等而致. 其特狀.即粘膜發紅,腫痛,且有粘液或粘液膿遮之.乾嗽不止.或發噴嚏.鼻呼吸困難.嚥食甚痛.若炎延至耳咽管則致暫聾.而腭帆及咽門亦間或潰爛. 治法.當調理全身.若由疹熱致者尤然.由卡他炎致者.須用退炎藥治療之.(如服瀉藥發汗藥利小便藥等).且於患處用安撫療法.(如含冰於口.或以氯酸鉀液漱口).並以一百八十度(八十二)熱水.加安息香雜酒及薄荷冰少許.使病人吸其氣則覺安舒.

慢性咽炎 於傳道及宣講或叫賣者常見此患.因用喉過甚也.嗜酒及吸煙者亦常有之. 有初起即爲慢性者.亦有始爲急性漸變爲慢性者.粘膜被浸潤而色紅.且見血管浮於其面.並有若許粘液膿性溢液.若腭帆之口面被累.則溢液無多.咽面被累則多.甚至成若干深綠色之稠物.粘貼咽壁而成痂.後則腐敗致呼氣甚臭.可分二類:

(甲) 慢性濾泡性咽炎 Chronic follicular pharyngitis. 即佈於粘膜面之淋巴濾泡增大.甚顯於軟腭及咽上部之二側並後壁.其腭懸雍垂或較長而肥大.

(乙)慢性萎縮性咽炎 Chronic atrophic pharyngitis. 此常與萎縮性乾燥性鼻炎同起.見六百八十五面.或亦有與慢性喉炎同起者.粘膜萎縮而乾.滑似玻璃.所滲出之物成痂而貼於粘膜.喉覺乾燥.亦易被激刺.聲音嗄然.

治法 視其病原而異.若由鼻而起.療鼻則咽自瘉.若係單純炎.則宜戒一切戟刺.卽吸煙飲酒及香料調和等物.並調理大小便令其通利.又以收斂藥用噴霧器噴之.或以之潄咽.或抹之.最佳者卽鞣酸甘油 glycerin. ac. tannic. 或氯化高鐵酒及甘油各半.或吸氯化錏吸劑 ammonium chloride inhalation. 或以薄荷冰溶於液體石蠟內用噴霧器噴之. 若係淋巴濾泡類.可先敷可卡印.後以電烙器烙其濾泡.若血管膨脹而曲張可同時烙斷之.

奮森氏咽峽炎 Vincent's Angina. 係梭狀桿菌或某螺旋體所致之濾泡性咽炎類.其特狀卽扁桃咽門及口咽二部之他處生潰瘍.潰瘍被若干黃白纖維性假膜所遮.該膜粘著甚爲密切.故除去之則出血. 體溫或甚高.咽物或甚痛.自覺甚不爽.呼氣惡臭. 其併發患卽頸部淋巴腺增大或化膿.齦口或胃腸等之粘膜發炎.或致中耳炎.

致病之微生物常居無恙之口內.任被何戟刺.卽吸煙過度,及戟刺性氣等.可使之活動.常見於服務醫院之人.

治法須敷合宜之消毒藥於患處.以克羅拉民油溶液噴之.或用碘酒或乖阿克耳百分五之甘油溶液塗之.然須先除去其假膜使之乾潔. 病者應遷移至清潔之處.多食液體品.且用溫蒸敷於頸部.厥後服補劑.

咽梅毒病 此係梅毒第二或三期所致者.在第二期者其損害較淺.如粘液性結節,匐行性潰瘍是也. 在第三期者則有瀰漫性樹膠樣腫之浸潤.此患之初起及其終局皆有重要之關係.致粘膜各處有結節性增厚.咽門及軟腭尤然.速成潰瘍.直

至呼吸嚥下皆困難.若用薩耳伐散或服汞劑及碘化鉀則速見效.但所成之瘢痕或致腭帆皺縮.或咽狹窄.只餘小孔僅容小探子穿過.治時可用探子撐大.且小心截斷瘢痕之數纖維束並將軟腭與舌背分離.後仍用探子撐之.但日後自易復縮小.故宜恒心常撐以探子.間或粘膜下組織生樹膠樣腫.多累及咽後壁.其經過與他處者同.潰爛與否無定.

咽瘤 原發性者甚鮮.多由隣處延及.如顱底所起之咽之鼻部息肉,或脊柱所生之咽後贅生物是也.鱗狀細胞癌或爲原發性.或由他處如舌或扁桃等延及之.此患尋常有若干潰爛.淋巴腺亦受累.雖暫時僅累及粘膜之淺面而不累及其下之咽肌.卒之漸侵入隣組織.其致命之故或因大血管被潰爛而破.或阻嚥食及呼吸.或壓緊要之神經.或子瘤播散全身等.

治法 昔無治法.近來始試以手術療之.然死數仍多.若須截除上頜骨或下頜骨一份.則死者更多.在施手術之先須潔淨病者之牙齒口腔.與截除咽鼻部瘤或口瘤同.其法約與胸鎖乳突肌前緣割一口.有時須由口角割開其頰.隨縛妥頸外動脈.並截除諸淋巴腺.後一面從外口一面從口腔截除其瘤.用烙刀最妙.手術之前莫若先用氣管切開術.治畢數日.必用胃筒以進飲食.用竪剖舌骨之咽切開術割之(見三十三章)或有益.

咽後膿腫 Retro-pharyngeal Abscess. 分急性慢性二種.急性者.由粘膜受染而致.如被魚刺所扎.或因本處淋巴腺發炎等.此淋巴腺在小兒時卽有.年長則萎縮.受納鼻及咽鼻部之淋巴.其膿居於咽壁及椎前筋膜之間.慢性者.素因脊柱結核或顱底骨病而起.其膿居椎前筋膜之後.任爲急性或慢性皆居咽後壁之後.俱係有彈力性之充實瘤.急性者體温升高.患區發紅而水腫.水腫或延至聲門致呼吸困難.慢性者患區不甚

發紅.但有項椎骨瘍之症狀. 其膿或穿入咽或往兩旁循椎前筋膜至胸鎖乳突肌前或後而穿破.

治法 當急治之.恐聲門水腫. 若係慢性者.須在頸外割開.因可免以後染毒.且免膿溢入氣管. 若於胸鎖乳突肌前有穿破之勢.卽於此處割開.否則將胸鎖乳突肌扯向前.在其後緣割一口.若割開時不見膿.似膿猶屯積於內.則用瘻管鑷於脊柱前刺入膿腫內.同時再以左手食指伸入口內按膿腫之壁.以防鑷尖透過.繼而置引流管俾膿流出.再以敷料敷之.庶免菌侵入.可獲痊癒.

急性者大半由口內開之亦無妨害.宜令小兒仰臥.下垂其頭.用張口器撐張其口.割開粘膜.刺入膿腫極凸之處.但刺入時須節制刀免刺過深.須細心擦淨其膿以免染肺之危險.

食管病 AFFECTIONS OF THE ESOPHAGUS

食管由咽下段起至胃賁門止. 約長十吋. 上端與環狀軟骨下緣平齊. 下端幾與胸骨劍突相對. 由門齒至胃約長十六吋. 地位非適居於身之正中綫.其經過後縱隔腔之段畧偏於左.心包居於其前.胸膜居其左右.最狹窄之處有三: (一) 上段. (二) 中段.卽經左枝氣管處.距門齒十二吋. (三) 賁門.左右迷走神經與該管相依.

檢查法 有三: (一) 用食管探子查其有無狹窄處及狹窄何在. 但先務須以X光線或聽診器查定主動脈無瘤方可. 探時外科士立於病者之前略偏向右. 病者坐於椅上.將頭畧向前伸.倘頭向後仰則喉被壓於脊柱而探子難入矣. 最佳之探子爲錐狀鈍圓尖者.温之而抹以甘油或奶油.作適宜之彎式. 外科士用左食指引之過舌根及會厭以入食管. 是時病者必作欲嘔之狀. 但一過喉門則探子卽可直入.若無狹窄處則入胃.卽距門齒十六吋. 昔只有此法檢查食管之下端.

(二) 食管鏡 Esophagoscope. 自用此鏡檢查食管以來.則食管之療法更有進步. 其鏡與枝氣管鏡相似 (見三十三章). 用法亦同.用此鏡之先須注射嗎啡及阿妥品少許. 以減少感覺及口中之涎液. 再以可卡印麻其口及咽.遂令病者仰臥或坐.輕輕將鏡插入. 如此若有何外物或瘤或狹窄處均能見之.可立時直接施治.

（三）射線攝影術.以X光線檢查食管甚爲有益.因此法對於有金類之外物者.皆可視清而定其位置. 若先服鋇劑.後用X光線.則可定食管有無狹窄處及狹窄何在.並狹窄上處管膨脹至何度.

畸形 分先天性後天性二種.

先天性者 有時食管與氣管有相通之一小瘻.或食管上段成盲端.下段入氣管近其分歧處.有此畸形之嬰兒不能生活.數日必死. 間或於近賁門處有先天性狹窄.致食管完全膨脹.

後天性者 卽食管生憩室.此室分二類：（甲）壓性者 Pressure diverticulum. 此類較多於乙類.蓋食管壁有處甚弱.則漸凸起而成之也.其大小不定.甚至大如小兒之頭.三十歲以內者少見.每起於食管後壁之近咽與食管之交界處.下垂於食管之旁在頸下部. 症狀.所食之物塡滿憩室.停滯而腐臭.致頸部成一脹圓.若壓之則無.患者常不得食物之滋養.故漸消瘦. 若用食管探子探之.則易歧入憩室而阻探子下行.但若小心探之.可循食管無恙之側下行至胃.令病者食含鋇之物.以X光線查之則可鑒定. 治法.於頸部循胸鎖乳突肌前緣割一口.俾憩室露出而截除之.隨卽縫閉食管壁之割口.則可望其痊癒矣.

（乙）牽引者 Traction diverticulum. 此類較少於甲類.多起於食管前壁之近氣管分歧處.約因鄰組織有病成瘢（如氣管淋巴腺發炎後縮小等.）牽食管壁外凸而致. 此憩室不甚大.常爲多數性.素不顯症狀.若有異物進入,或潰爛穿孔,致起膿性縱隔障炎.而人卽死. 未死之前除用食管鏡查視外.無他法能診察之.

異物 異物常停滯於食管內.惟小兒及瘋癲者多患之.所存之異物多係食塊,錢,魚刺,針,假牙,棗核等. 病者自覺其食管內有物.並覺痛且脹.嚥食亦痛.或不能嚥.呼吸有阻礙. 倘係大

物緊塞食管口.則呼吸困難而速死.若物不甚大.雖不致人速死.倘不醫治恐致聲門水腫.若物停滯於管口較下之處.或致潰爛穿孔.令人因大血管破裂出血,或起膿性縱隔障炎而傾命. 若係金類異物.以X光線照之則可鑒定.且定其居何處.以影屏助之或可取出.用食管鏡或可查視而取之.

第三百三十二圖

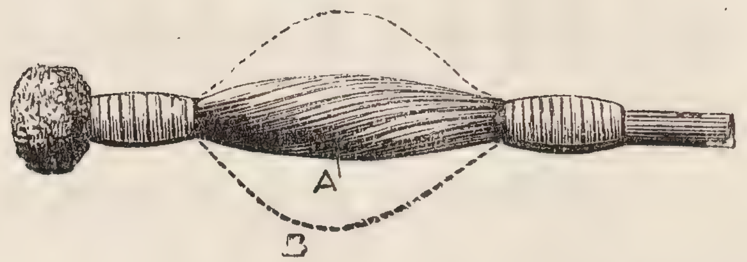


Fig. 332.—EXPANDING PROBANG FOR THE REMOVAL OF FOREIGN BODIES FROM THE ESOPHAGUS

此係能展開之馬尾毛食管探子以取出食管之異物

A 入時之形　　B 展開時之形

治法 視外物之大小形式及地位而異. 若係小外物而用探子未能查出者(如魚刺).宜用馬尾毛食管探子取之.(第三百三十二圖).因此探子展開或能套籠外物而帶出之也.幣屬或小硬物塞緊者.須以食管鏡取出之.不必用曩昔之食管鉗或取錢之食管鈎.故須將病者送至喉科專門家.倘不能得喉科者之襄助.不得已則用該鉗或鈎.然外物若在食管或氣管內.待少許時而無險.可送至醫院治療.

若異物緊塞食管上段而用他法無效者.宜施食管切開術.然自食管鏡發明後則少用此術.其術乃循鈎鎖乳突肌前緣割一四吋長之口.因食管偏左故於頸左側割口尤妙.外科士宜小心將外側之頸血管鞘及內側之喉並氣管剖離.宜避甲狀腺血管及喉返神經. 異物凸出之處乃表明爲食管之位置.即切開而取出之. 後將食管刀口縫妥.但勿使縫線穿過粘膜.頸之刀口以紗布塞之.或置引流管.

若異物塞於食管胸部之上段.亦由頸部割口.(食管切開術 esophagotomy). 愈低愈妙.割時先由口用探子指明食管方位.且免刀尖透過而傷彼側之壁.異物或可由此割口取出. 若異

物尤往下.或可由背後截除左一二肋骨之一份.經過胸後縱隔腔至食管而切開之.然強半受此手術者因患膿性縱隔障炎而致命.

若異物塞於近胃賁門處.倘不能移之上下.宜切開胃以手指展開賁門而取出之.

異物一入胃內.勿服瀉藥及吐藥.若其物不甚大.形亦不甚差參.稍待視其如何再定奪.患者宜安靜.飼以饅首,麥粥,等食物.且以X光線詳查其物如何下行.若該物停而不動致顯發炎.宜用開腹術取出之.

食管炎 有潰瘍性非潰瘍性之分.約因吞嚥潰蝕性物或激刺性物;或因異物塞於其內所致.該處覺痛.且不易嚥食。宜只食液體食品.重者或必用肛飼法.有常飲濃酒者其食管患慢性卡他.隨或成瘢而縮窄.

靜脈曲張 每起於食管下部因門靜脈被壓或肝硬化所致.蓋食管下部之靜脈與門靜脈系統之胃靜脈枝相通.故門靜脈系統有病則連累食管下部之靜脈.若其曲張之靜脈破裂或致傾命之嘔血.

食管痙攣又名希司忒利阿性狹窄 多見於二十五歲以下腦力不穩之少婦.雖有時因粘膜生潰瘍或粘膜被魚刺等所刺戟而致.然組織無何有機之損傷者亦能患之.病者嚥下困難.猶如嗓內有球上行.此名為希司忒利阿球 globus hystericus.蓋因咽諸縮肌痙攣之故.若令病者不注意其患.則嚥食亦如常人.治法.須設法使其腦力安穩可也.(如冷水灌溉背部並揉捏及服瀉劑甘松等)或用最大之食管探子探之亦甚有效.

賁門痙攣 spasm of cardia. 即胃賁門之環肌痙攣.其症狀與食管痙攣者甚似.初起則嚥至終級而困難.且飲食時有欲返

胃之狀.厥後自覺於胸下部有重物.或眠睡時食物返至鼻部.若空橡皮管不能於入胃.而硬探子易於入胃.則可疑爲此病.

治法須以探子擴張其賁門.若無效則施胃切開術.以指置入胃內從下而擴張之.

食管狹窄 Esophageal stricture. 分纖維性惡性二類:

(一)纖維性狹窄 常居於食管上部.適列環狀軟骨之後.多因嚥潰蝕性物致食管成瘢收窄.亦有因患梅毒而致者.患在近賁門處者.乃因胃潰瘍瘉後成瘢而縮小也. 症狀.始則難嚥固體食物.漸則液體者亦難嚥下.若食管上部收窄.嚥時立卽返回.若下部收窄.或致食管膨脹.所嚥之食物均屯積不下.待數時卽返回亦未消化. 此類狹窄幾不覺痛.但患者能自指其狹窄之方位.因其常欠飲食之滋養故日漸消瘦.或因之致命.

(二)惡性狹窄 常屬鱗狀細胞癌類.四十歲以上者患之.在咽與食管之交界處,卽環狀軟骨之後.(第三百三十三圖).或在食管中段,卽左枝氣管所經之處.或在胃賁門處.在賁門者多係柱狀細胞癌類. 常累及食管全圍之壁.遲早必潰爛穿入氣管或胸膜腔或大血管. 頸及後縱隔腔之淋巴腺生繼發性癌.惟內臟少見受累.

症狀.與纖維性狹窄者同.然所嘔者或帶血.且咳嗽疼痛亦不輕.其痛約在患處.若癌在食管上段.於頸之深處可以捫出.在頸左側尤顯.但在初起則不易捫之.只稍有碍於喉之活動耳.潰爛穿入氣管者則食物入氣管內.卽速生化膿性肺炎而致死.

患在食管上段者或累及喉之後部.致人聲嘶或失音. 間或迷走神經受累.致碍心之作用.若喉返神經受累.則咳嗽不止.且成一側或二側喉癱

診斷 用鋇餐及X光線查之,或用探子探之皆可. 惡性狹窄之X光線影圖甚爲特殊.其含鋇之食物乃停止狹窄以上

之膨脹部.用影屏查之.則見含鋇食物之上平面於食管使食物下行時升降不定.且見該食物經過狹窄處斷節下行.然一過狹窄則速至胃內.在影圖上可見患區之外界,並食管增厚之壁,及腫大之淋巴腺. 用探子宜極小心.若疑此患係惡性者當格外留意.因一疎忽恐穿食管壁致縱隔障內生致命之蜂窩織炎.

此二類之鑒別甚爲不易.宜兼詳察其病歷及病者全身之情形.若嚥下困難之病者有乾咳而肺無症狀.乃不佳之預兆也. 食管鏡可查視狹窄之上端而鑒定爲何類.

纖維性狹窄治法 (甲)用由小漸大之探子擴張其狹窄.所用之探子圓錐頭者較鈍頭者爲佳.當狹窄尚緊時兼用食管鏡較易.然已擴張若干則免用之.宜隔數日用一次.亦宜使之多食肉湯,碎肉,生雞卵等.若口不能食可用肛飼法. (乙)倘無法擴張其狹窄或擴張後復狹窄者.當用細橡皮管藉食管鏡送過狹窄處存留數日.橡皮管之上端須由口露出繫之於耳上.如此則易進飲食.且狹窄處或因之而自行展開.此等狹窄用銑療之或可助瘢痕纖維吸收. (丙)若狹窄處在食管上段.可將其窄處藉食管鏡割開.隨用探子展之或可奏效. (丁)若狹窄處在賁門.可用胃切開術.由胃以指擴張之. (戊)若上法無效.可用胃成口術. gastrostomy (見三十五章胃手術篇).旣用此術則令食管安息數日.其狹窄處或可畧鬆而能容食管探子擴張之.若已能下探則所成之口可聽其自閉.

惡性狹窄治法 平常不宜用食管探子擴張之.恐潰瘍增重,或甚出血,或探子穿透食管壁等.有時可謹愼用之.爲使喂管經過狹窄處俾患者多進飲食.現今多用特殊喂管.即一甚細之橡皮管內容一條銀線.該線之下端連一似探子端之堅橡皮頭.若謹愼用之可經過極窄之狹窄.此甚潔淨而無戟刺之虞.管之上端可繫之於牙.且於上端安以漏斗可灌入液體滋養品.管

之下端經過狹窄處勿踰二三吋.且勿入胃.倘入之則甚覺不舒.

銑無大用.因其雖或使原發性癌漸減輕.而病者每因繼發性癌致命. 遲早必須施胃成口術.一決定用此術則愈早愈妙.倘遲延則或病者因不能食物而消瘦.致此手術甚有危險也.

嚥下困難 Dysphagia. 卽嚥物時甚痛或不易下也.原因甚多.畧述於下:

(一) 咽病致者.如咽單純性或猩紅熱或白喉等所致之急性或慢性炎,或梅毒性或惡性潰瘍,或瘢痕性狹窄,或癱瘓,或痙攣或異物塞住,或咽之鼻部息肉伸出腭帆後,或咽後膿腫或腫瘤等.

(二) 喉病致者.如急性或慢性喉炎,或結核病,或梅毒病,或惡性瘤等.

(三) 食管病致者.如急性或慢性食管炎,或異物塞住,或食管憩室,或食管痙攣,或賁門痙攣,或纖維性或惡性狹窄等.

(四) 外病致者.在頸者,如甲狀腺腫,淋巴腺腫大,動脈瘤等. 在胸者,如縱隔障瘤,或縱隔障淋巴腺腫大,或主動脈及大動脈之動脈瘤,椎體瘤,心包積液,鎖骨胸端之向後脫位等.

嚥下困難診察法. (一) 察其如何而起.最要者在知其係急性或慢性.急性者多係異物. (二) 察咽之情形.由口望之.更以指捫之. (三) 由外望或捫頸之情形.以察環狀軟骨後方有無腫瘤.且察有無甲狀腺腫或動脈瘤. (四) 聽病者之聲音卽知其喉被累否.若顯聲嘶宜用喉鏡察之. (五) 細心察胸視其有無動脈瘤. (六) 用食管探子或食管鏡診察食管.

若於食管有梗阻.觀其年齡及情形卽可知是否惡性.然須知食管狹窄自足使人有消瘦之弊. 用食管探子時若探子上帶血或稠粘液.或嘔吐之物含血或稠粘物.或頸淋巴腺腫大.凡此皆足爲診察惡性之資助.

第三十一章

耳　病

AFFECTIONS OF THE EAR

檢查法　有三：(一)以返光鏡由耳窺器射光入耳內.而查鼓膜有病否.（二）試其聽力如何.（三）查其耳咽管通否.且吹脹耳咽管時試聽力改變否.

(一)窺法　以中環兩指提耳郭向上後外.(右耳用左手左耳則用右手).如此則外耳道軟骨段易直.隨用食拇二指將耳窺器輕輕插入耳道使之穩定.光旣射入則鼓膜卽顯明.　但有耵聹或上皮碎屑或膿等塞之則不易視淸.宜先用綿拭除或用水洗出方可.　按常人之鼓膜鎚骨外側突及其柄由膜中央起向上前.在其後有砧骨長脚及鐙骨肌腱.在鼓膜之上緣見其鬆弛部 pars flaccida. 所當注意者乃鼓膜之動度及形色果否正常,並有無穿破處,或息肉,或粘着等患.

(二)試聽力法　用平常之語聲或時錶聲試其所聽之遠近.或以低音耳語試之.　若查其聾之原因及何在.可用壬內氏音叉 Rinne's tuning fork 查之.卽以五百十二顫度之音叉置於病者之顳乳突.直至不能聽時.隨卽移至外耳道.若中耳無病此時必猶能聽.有病則否.　亦可用威彪氏試法 Weber's test. 卽以一顫動之音叉置於額部中央.若只中耳有病.則有病之耳所聽之聲必較大於無病之耳.

(三)吹脹鼓室法 Inflation of Tympanic Cavity.　此法非但查耳咽管之通塞.亦可療治耳之若許病患.其法有三：

（甲）乏薩乏氏法 Valsalva's method. 此乃病者自閉口揑鼻盡力出氣.若耳咽管通暢.則氣入耳咽管內而鼓室卽脹矣.

（乙）坡力袖氏吹脹法又名吹耳咽管術 Politzer's method. 此術以乳頭形嘴之橡皮囊塞入此鼻孔內閉嚴.外科士用指將彼鼻孔揑住不令通氣.病者口內含水.外科士令嚥則嚥.嚥時醫士力擠橡皮囊使氣通耳咽管而入鼓室.施術時亦可以橡皮管作聽診器由病者之耳至醫者之耳.聽其有呼哨聲,或水泡聲,或他聲,依其病勢而異.

第三百三十四圖

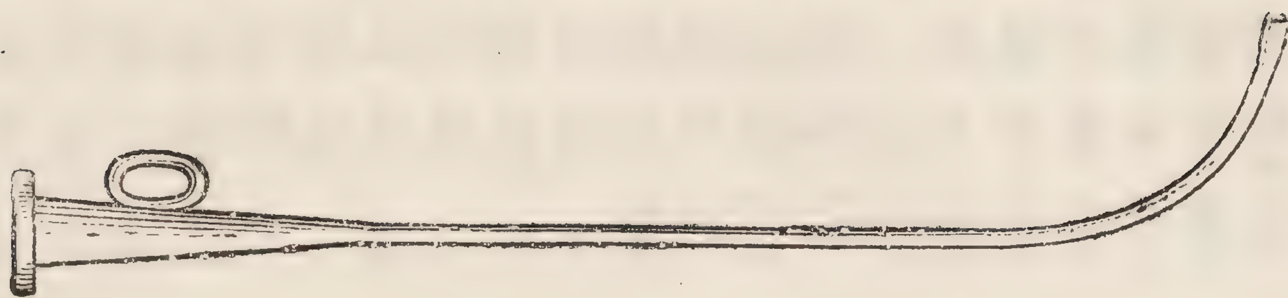


Fig. 334.—EUSTACHIAN CATHETER
耳咽管導管

(丙) 耳咽管導管 Eustachian catheter (第三百三十四圖).將導管插入耳咽管內.醫士卽能節制吹脹之度. 須先使管無菌.遂令入端之彎向下.循鼻下道挿入至觸咽後壁.一覺觸咽後壁卽將外端稍提向上.又拉出約半吋至四分之三吋.直至入端之彎適合於硬腭後緣.卽將導管外轉九十度令其入端向外.遂稍推入.卽覺其滑入耳咽管外口矣.

外耳病 Diseases of External Ear.

先天性無耳郭 congenital absence of auricle. 間或有之.有時兼外耳道堵塞.常與巨口之畸形兼有.無法醫治.外科士萬勿試行開一新耳道以露鼓膜. 副耳郭.較常見.乃爲纖維軟骨被皮及脂肪所蓋. 耳郭大.此形甚陋.治法由耳郭上部割去一V形塊使之畧小.將二割緣恰對縫之.則雅觀矣. 耳血腫 hæmatoma auris. 多因受傷而致.亦有自起者.因患神經錯亂而自起者更多.耳郭腫大.其色紅藍.(第三百三十五圖).若不刺放其血.恐此血機化致耳甚顯畸形. 濕疹,癬,及他炎患,並皮脂囊腫.亦常見於外耳道及耳郭.於此無庸詳述.

耵聹塡塞 Wax plugs. 此係耵聹變黑且硬.塞住外耳道致耳聾也.每有在沐浴時立卽耳聾者.蓋因耵聹濕而脹大也.若耵聹壓於鼓膜.則眩暈,嘔吐,耳內覺有急流之水聲.以耳窺器窺之則易視出. 治法.始用油或甘油浸之使軟.後則以細嘴大水唧循外耳道頂注射温水.水迴流時則變軟之耵聹卽隨水流出.

外耳道有異物.如鈕釦,玻璃珠等.可用水唧按上法冲出.若不能冲出則用細鑷夾出或細鈎鈎出.但須記在異物深面有易

傷之嫩組織.切勿急遽鹵莽爲之.若諸法無效.可提耳向前.由後割開外耳道以取之. 外生骨疣.間或有之.由外耳道骨壁而起.或梗阻外耳道致人耳聾.須將耳郭提向前而割開其後壁.以電鑽取出.但須注意鄰近之面神經.

中耳病 AFFECTIONS OF THE MIDDLE EAR

鼓膜損傷性破裂 因直接或間接暴力所致. 直接者或因異物進入.或被人重手挖取異物而致. 間接者乃因外耳道之氣驟然被壓致鼓膜破裂.如以掌擊耳,或突然轟聲,或銃炮之炸聲,及倒躍入水等. 顱中凹骨折.鼓膜亦常受累而破. 病者覺痛而聾.並由外耳道出血少許.若用鼓室吹脹術.其氣可由破處而出.或有呼哨聲. 此類破裂大都有傷處成瘢而瘉之希望.其聽力亦無異於前.但醫者不必先言其必能痊瘉.恐猶有未顯之深傷也.治時宜格外留心使外耳道無菌.然勿用水唧冲之.可用百分五之石炭酸液注於耳道俾其自行浸入.遂以無菌紗布塞外耳道.外用敷料覆之.

中耳炎 Otitis Media. 最爲常見.居耳病十分之八九. 當知鼓室內有粘膜襯之.此粘膜與耳咽管及咽鼻部之粘膜連續.故此炎約多由耳咽管累及.常見之菌乃肺炎球菌.或平常之膿球菌.有卡他性或化膿性且急性慢性之分.於此不得悉述.惟畧論關乎外科之至要者.

(一)急性中耳炎 多見於小兒.繼咽鼻部病,如平常受寒,或咽腺樣增殖病,及猩紅熱,痳疹等而起.始則耳內甚痛不止有如鑽鑽.又覺微聾.或身發熱.有液屯積時痛更增劇.若耳咽管粘膜發炎充血而阻其通氣.則鼓膜外凸.後則破裂.其痛立止.所溢之液或爲粘液性.或起初即係膿性.若係粘液性宜設法免菌染.則炎或自消.所破之孔亦漸閉.瘉後亦無遺弊.然常因小兒

生麻疹或他故令其抗菌力不足.故後易染膿菌.致中耳卡他性炎變爲化膿性炎.或日久成耳溢液.致有甚劇烈之後發患.

治法. 觀上所論.則知對於一般急性中耳炎自須謹愼處理之.首要者卽完全潔淨外耳道以免受染.用肥皂及熱水將外耳洗淨.再用二十分一之石炭酸液灌滿外耳道浸洗數分鐘.後敷以抗菌敷料. 須令小兒居於煖室中.飼以合宜食物.服發表藥及瀉劑. 若病不重可於耳後貼起皰藥.重者可用水蛭吮之.

痛甚者可用可卡印或鴉片酒數滴滴入外耳道內.若係成人.則以可卡印敷於耳咽管之咽口.俾充血之粘膜塌下讓管通氣.則所屯積之液自能流出. 亦可用乾熱法,如熱水瓶手爐等,以止其痛. 若已用耳窺器窺見鼓膜向外凸.莫若割一口.因所割之口整齊易於長合.而自破之孔則不然.其法須用全身或局部之麻木藥.割口由鎚骨柄畧偏後上割向後下.割後將外耳道內外用防菌敷料敷之.

(二)慢性耳溢液 Chronic Otorrhea. 多係急性中耳炎所致. 蓋急性炎初起卽係化膿性.或始爲單純性卡他炎.後則染菌化膿.則鼓膜被膿穿破.所溢出之液其形狀及其多少人各有異. 若無併發病.治法如下: (甲)使病者康健.如服補藥,吸鄉間鮮潔空氣,防免受寒等. (乙)留心治理咽鼻部之病.令耳咽管透氣.俾液易於流出.並用漱咽藥類.若咽鼻部有腺樣增殖病,及腭扁桃增大.則施截除術. (丙)勿使中耳積液.恐其腐臭.若溢液多可用水唧以鹽液或稀釋硼酸液冲之.且每日一次或二次用乏耳薩乏氏法,或玻力袖氏囊,或用耳咽管導管,吹脹耳咽管. 若其液甚臭不易冲出.在施水唧之前用二氯化氫有效. 若溢液無多勿用水唧冲之.惟敷硼酸散於外耳道內卽可. 倘溢液不停止.多因以下所述某併發病之故.則須用手術治之.

慢性耳溢液之併發病 此病有時甚重.須急醫治.可分三種論之.卽顱外,顱,顱內是也.

(一)**顱外之併發病** 較他種不爲緊要:(甲)外耳道濕疹 Eczema. 此係常見之患.宜使外耳道乾且潔淨.或吹硼酸散劑.溢液一止則濕疹卽速癒.然常兼有頸淋巴腺腫大,後或化膿或變成結核性.(乙)外耳道癤.多因溢液內之膿球菌染外耳道皮脂腺所致.因所累之組織甚密故極痛.須敷熱濕布.一化膿卽宜割開放之.(丙)或有外耳道炎延至顳骨鼓部.使骨衣下生膿腫.以致骨壞死.或延至顳下頷關節致成膿性關節炎.則關節壞變.(見六百七十七面).

(二)**顱之併發病** 此患甚重.或致終身耳聾.恐有性命之憂.

(甲)聽骨.有時其間之關節強硬或骨壞死而隨溢液流出均致聽力不靈.但未必全聾.

(乙)炎從襯鼓室內面之粘膜累及骨壁.致顳骨成限局性骨瘍或骨壞死.或兼顱內化膿.或起以下所述顱內之併發病鼓室蓋甚薄最易受累.

(丙)息肉.有時由鼓膜破口內凸出肉芽織長而成息肉致外耳道被塞.以阻溢液流出. 宜用刮匙或勒器將息肉除去.隨用鉻酸之飽和溶液擦其遺跡.後以稀釋石炭酸液灌洗之.外敷防菌敷料.

(丁)面癱 Facial paralysis. 多因面神經管之周圍骨質硬化而長厚.致管內之面神經被壓.須記面神經管適居鼓室之後,且鼓室通鼓竇之入口之內側. 在慢性者其面癱或因面神經管骨壁壞死或被吸收致面神經現露而直接受染或毀壞所致.(若係結核性尤然). 其症狀及治法見三百十四面.

(戊) 內耳炎多係炎從中耳向內蔓延而致.其炎或經過外半規管壁而累及內耳之前庭部(即後部).或經過蝸窗或前庭窗而累及耳蝸. 經過半規管者則病者覺眩暈.欲向患側傾倒.亦有眼球震顫及嘔吐之狀.急性者則兼顯疼痛及發熱. 耳蝸受累者約較後而起致人耳鳴.且完全耳聾. 有時其炎經過內耳道而累及腦膜.

(己) 顳乳突炎 Mastoiditis. 此因炎延入顳乳突小房而致.

夫顳乳突乃三角形之骨塊.居外耳道之後方.內括通至鼓室隱窩之鼓竇及若許小房.諸小房內襯有一層粘膜.且通於鼓竇. 人初生且生後數年其鼓竇乃爲獨立性 迄九歲時顳乳突始發生. 該乳突可分二類: (甲) 小房性類.即全乳突長成許多小房.往後至枕骨.往下至乳突尖.有時往前至外耳道之上.或至面神經管之深面. (乙) 非小房性類.小房無多.鼓竇較小.其骨堅硬如石. 尋常小房居鼓竇下且淺面.成人之鼓竇較深於兒童.然兒童鼓竇之入口較成人者大. 卡他或疹熱病所致之劇烈乳突炎.乃在小房性類. 須知小房性類非小房性類二者不能彼此互相變成.

化膿性中耳炎延入鼓竇時則顯局部及全身之劇烈症狀.病者自言耳甚痛.壓之尤然.或顳乳突皮色紅而水腫.諸症狀初發時耳之溢液或暫止.但後仍溢出. 患漸重時則發間歇熱.亦或寒戰.病者困倦或易受激刺.不得寧息. 或顳乳突骨膜下生膿腫.同時乳突外板成骨瘍或壞死無定.在小兒因其乳突外板較薄故易被吸收.是以割膿腫時可見肉芽織團由骨內凸出.膿腫既成.使耳郭移位向下外. 有時膿延過乳突小房而累及骨之內板較劇於外板.如此則硬腦膜及橫竇顯露.致起顱內之併發患.(第三百零三圖). 有時在乳突尖有數薄壁之小房.若此等小房受累.則膿即穿透至胸鎖乳突肌深面延至頸部.名伯瑣德氏穿孔 Bezold's perforation (第三百零三圖 F). 若其炎係慢性或結核性.則乳突小房充滿乾酪樣質.且骨變厚而密.乳突增大.深處疼痛.夜間較甚.

若其膿濃厚.內含上皮細胞及膽脂素.層叠如葱頭形.則名膽脂瘤 cholesteatoma. 能致鼓竇甚爲膨脹.曾見一脹大徑至一吋半者.

第三百三十六圖



Fig. 336.—INCISION FOR MASTOID OPERATIONS

顳乳突手術之刀口

治法初起可敷貝拉朵那(顛茄)熱濕布.使病者靜臥.調理飲食.亦服合宜瀉劑.用坡力袖氏囊吹出鼓室內之液.若置二三水蛭於顳乳突上吸其血則痛亦暫止.但用此法不可過久.症狀旣顯.縱未至化膿亦須敞開鼓竇除出內物.然勿動中耳各要件.可以自痊.

其法卽先將耳拉向前.適於耳郭後割一彎口.在平外耳道頂距外耳道中點後半吋處用蛾眉鑿鑿之(第三百三十七圖).宜鑿之處每有小凹可以捫出.亦另有覔出之法.卽由外耳道頂向後畫一切線.繼由外耳道後向上作一切線.此二切線交點卽施鑿之處(第三百零四圖 C).鑿時宜稍向前下內.成人之鼓竇距骨面約五分之三吋.鑿時用探子探之.或覺無抵鑿之物.或有惡臭之膿流出.卽知其竇已開矣. 後用蛾眉鑿或刮匙開大其口.以現露一般受累之小房.除出病骨.再用水唧灌洗之.必須將各小房一一敞開.否則其炎必仍蔓延而起後發患.後塞以無菌紗布.逐日用水唧冲洗. 若係伯瑣德氏之穿孔.果能及早大開其口.則可免日後於頸上部割口.

第三百三十七圖

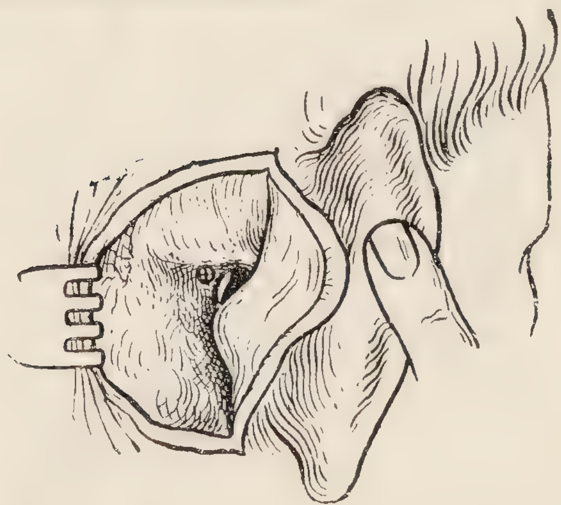


Fig. 337.—SITE FOR DRILLING BONE IN ORDER TO OPEN THE MASTOID ANTRUM

It is often well to apply a chisel over the desired area so as to include a tria gle the centre of which corresponds to the apex of the so-called supra-meatal triangle. As soon as the outer layers of the bone have been removed by the cl isel the gouge is used to reach the deeper parts.

指明用鑽開鼓竇之處

先以鑿於外耳道上三角尖開孔旣鑿除骨之外板則用蛾眉鑿挖除其深份

若係慢性者中耳已起併發患.則必用司他凱氏法 Stacke's method 治之.其法卽將耳郭從後面割離外耳道之骨緣.敞開其鼓竇.隨將外耳道並鼓室與鼓竇間之骨鑿除.若用金類引器由鼓竇經過其入口至鼓隱窩.則可除去其較淺之骨.不致有險.蓋面神經及上半現管居引器之深面而被其保衞也. 後將鼓膜之遺份及聽骨取出刮淨所成之腔.(第三百三十八圖).又在外耳道軟骨部內端後壁割一竪口.將此割口之緣與皮口後緣縫合.如是則外耳道爲通全骨腔之孔.易於冲洗潔淨.

第三百三十八圖

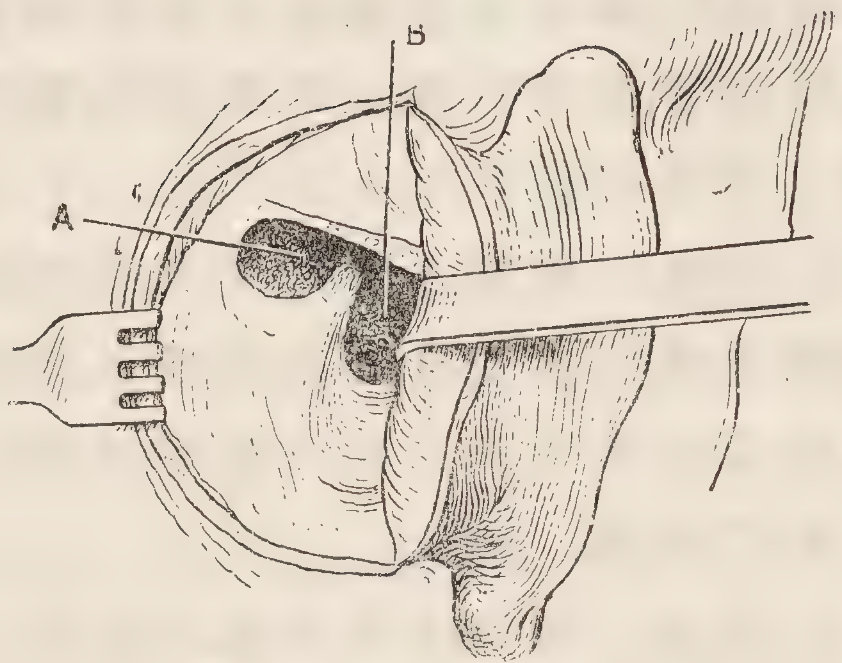


Fig. 338.—STACKE'S OPERATION COMPLETED
The antrum (A) has been thoroughly opened up and the bridge of bone covering the aditus removed thus bringing the antrum into free communication with the tympanic cavity (B) which is curetted and the ossicles removed.

司他凱氏手術

鼓竇 A 已敞開.且遮其入口之骨已除出.使鼓竇與鼓室 B 自由相通.鼓室已被刮淨.且聽骨已被除出.

顱內之併發病 Intra-cranial Complications. 卽顱骨下膿腫,限局性或瀰漫性腦膜炎,橫竇血栓形成,大腦或小腦之膿腫等.多見於非小房性類.因此類乳突其炎不能延至表面.故多往裏蔓延.

(甲) 顱骨下膿腫 Sub-cranial abscess. 其普通之症狀.已論於六百三十三面.其膿多屯積於顳骨岩部上緣(見三百零三圖 B)及橫竇所居之溝. 病者自言頭痛.其痛漸重.後則疲倦.漸至昏迷不醒.體溫升高.或始有寒戰.然此狀不常見.脈速而洪且跳.

雖循頸內靜脈處不痛.若兼有顱底腦膜炎.則有頭仰縮之狀.且甚嘔吐. 若炎累及顱底之腦膜.則視神經或發炎.若按壓顳部或有觸痛.或現水腫. 有時其膿循顳乳突導靜脈而出.或由枕顳二骨間縫而出.

診斷. 顱骨下膿腫與大腦膿腫不易鑑別.然顱骨下者起之較急.體溫亦高.且有腦膜受戟刺之狀.如頭仰縮等.足令人料及損害在膜外不在腦內也.脈速而不似大腦膿腫之緩.且少顯病竈之指徵.

治法. 即加大治療乳突炎所已開之骨孔.為使膿自由流出毫無屯積也.鮮有在該孔稍後另開一圓鋸孔者.

(乙) 腦膜炎. 此患有限局性或瀰漫性之分. 限局性者常與他病兼發.故無關緊要.或致定處頭痛.若未化膿治其原發病則腦膜炎自瘉. 瀰漫性者常因染菌所致.如繼隣處化膿或橫竇血栓形成而起.其症狀見六百三十四面. 有時腦膜內有單純之漿液滲出.致增顱內壓力令人困倦.若除去其滲液之原.或用腰脊刺術放出多餘之液.則病可完全就瘉.

(丙) 橫竇血栓形成 Thrombosis of lateral sinus. 此因中耳炎直經乳狀部而累及橫竇所致.(見第三百零三圖 E). 或因顳乳突導靜脈有傳染性血栓形成累及橫竇也. 此竇內既有血栓雖或起初栓祇居偏側.非完全阻血不流.(即附壁性血栓). 然漸長大.終致竇完全被梗塞.若染膿菌則血栓裂解.後必有傳染性栓子脫落而漂流.致生膿毒血病性膿腫. 患重者則竇內之血栓延往後至竇匯.往下至頸內靜脈.

症狀. 最顯者即體温忽然升高.多為弛張熱.兼有寒戰嘔吐.局部頭痛.其痛在顳乳突後緣導靜脈出處最甚. 脈速而弱.且按之易沒.終則病者困倦發呆.因腦膜內多滲出漿液之故.耳先溢之臭液停止.視神經炎有無不定.未發炎之先常有畏光之

弊．若血栓延至頸內．捫其頸內靜脈處有觸痛而硬之腫條．且因靜脈之血運行被阻故面容發紫．頸淋巴腺亦腫大．若頸後肌強硬，視神經發炎．此二者卽爲兼有顱底腦膜炎之據．有時橫竇或頸內靜脈之周圍化膿．如是則頸紅而水腫．

診斷．患之顯者則易診斷．然初起每難鑑定．小兒則尤難．此患至確之證據乃驟起，體溫弛張無常，頻發寒戰．且頸痛，捫其橫竇或頸內靜脈處有定處之觸痛等．

治法．大約先用顳乳突炎之斷根手術．隨往後開大其口．直至橫竇顯露．不然則須距外耳道中點後一吋（25 mm）且李氏基底線上四分之一吋（6 mm）處用圓鋸開一孔．（第三百零四圖 A B）．卽露出橫竇外壁．再用細空針刺之．以觀其內之血仍爲液體或係血栓．然不能決定有無附壁性血栓．是以若竇之周圍常有發炎或化膿之狀．則須開其竇．先循胸鎖乳突肌前緣開一口．以線縛頸內靜脈．免栓子運入全身．在患之日久而血栓已累及頸內靜脈者．自宜於血栓之下方縛該靜脈．卽近無名靜脈處是也．此靜脈縛妥後．則割開橫竇而刮除或洗去其內之傳染性血栓．若爲去淨血栓．卽將骨孔加大亦可．最妙須開頸內靜脈在其縛處之上．將血栓子下份刮除淨盡．但對於不甚重者．雖不得謂之非妙．然無非此不可之必要．竇內之血栓除盡．則竇必出血．可用無菌海絨或紗布塞之則易制止．頸之割口宜輕手用紗布塞滿．萬勿縫合．恐難免有染菌化膿之害也．其橫竇之割口亦如是爲之．俾生肉芽而痊．

（丁）大腦或小腦之膿腫．此等併發患亦不少見．已見於六百三十七面．

第三十二章

頸部外科

SURGERY OF THE NECK

二三星期之人胎胚有數鰓弓發生.與他哺乳類之胎胚相似.諸弓爲頸諸組織之始基.凡哺乳類多半在口後有五鰓弓.被鰓裂所間隔.惟人胚之第四五弓合成一弓. 諸弓由胚原脊柱旁凸出.其組織係中胚葉.內外有上皮蓋之.諸弓早於頸正中線續合.且上下亦併合.致諸裂幾滅.若其連合不甚完全.則生各種之畸形.

宜記首弓生下頜及耳錐骨之前突.首裂正常未盡閉之一部分生耳咽管,鼓室,外耳道,及岩鼓裂.次弓生顳莖突並莖舌骨韌帶及舌骨小角.第三弓生舌骨體及其大角.其餘之弓生頸之他組織.第二三四裂尋常漸行閉合.

鰓瘻 Branchial Fistula. 此係鰓裂未盡閉所致.爲窄而彎曲之管.由皮面深入頸內.通咽與否無定.外口尋常居胸鎖乳突肌前緣.強半近其前緣之下端.即近胸骨上切迹處.此係起於末裂者.凡瘻俱有上皮襯其裏.分泌粘液樣液. 既有此瘻.每兼有他畸形,如巨口,缺耳郭.亦或有副耳郭.此副耳郭居近耳處.或挨瘻口. 平常或無庸療治.若病者覺有不便.可以刀解剖或以電烙毀而除去之.

鰓囊腫 Branchial Cysts. 此係胚頸裂未盡閉之部分被分泌物所膨脹而致.多見於十至二十歲之人.病者常云係被擊或受傷所致.大抵使不活潑之組織迅速活潑.(如未受傷則終身永不活潑). 舒長甚緩.不痛.成圓而軟之腫團.有動波與否視其所居之淺深.若囊腫近裂之外端.則所含者係皮脂類.與皮樣囊腫所含者畧同.(扁上皮細胞可諌司特林片及脂粒等).然較

皮樣囊腫內所含者畧稀.若囊腫近裂之內端,即近咽處.則含粘而透明之液體.此囊腫多有鱗狀上皮襯其裏.然亦有被柱狀上皮或細毛上皮所襯者. 囊腫多半爲第三裂所成.居甲狀軟骨與胸鎖乳突肌前緣之間.且近舌骨大角.較大者或伸入胸鎖乳突肌深面.致肌向外移位.爲第二裂所成者少.若有之.則居頸三分之上一份.或上延向顳莖突.甚或由顳乳突下至舌骨.與下頷骨後緣平行.其動波可由口內捫出. 治法.若囊腫長大而有妨碍須割除之.

鰓癌 Branchial Carcinoma. 亦可起於鰓裂上皮未消滅之份.乃爲鱗狀細胞癌.早期或爲囊腫性或爲實體性.其經過與普通癌無異.繼而累及淋巴腺.因出血或惡病質而致命. 多見於中年之男人.患者於該癌未發生之前數年或已知其頸部有一小腫團. 尋常居頸之上部(第二鰓裂).胸鎖乳突肌之深面.幾平舌骨.界限不甚顯明.速延往前至頷下部. 鄰近之肌被浸潤.惟咽,喉,食管,少被累及.因神經受累故甚痛.且痛映射至頸後及頭後. 若鑑定果無他原發性病竈.則可定爲此患.幾不能施何治法.因其根甚深也.

先天性胸鎖乳突肌硬化 Congenital Induration of Sterno-mastoid. 大半因產時受傷.頭先露產尤然.大抵因頸旁被其母之恥骨聯合所壓而受挫傷.多見於頸左側. 在顯微鏡下視之.其硬化之塊係纖維織所成.歷數日自瘉.或致將來有斜頸之弊. 在頸亦可患他類先天性病.如先天性斜頸,(見三百五十二面),甲狀舌管囊腫,液囊瘤等.

頸之囊腫 CYSTS OF NECK

(一)**先天性頸囊腫** Congenital Cyst. (甲)皮樣囊腫 Dermoid cysts 與他處生皮樣囊腫之理同.任何處有先天之臟件均

可成此囊腫也.起於鰓裂而居頸旁側.或起於甲狀舌管則居頸正中線.(乙)甲狀舌管囊腫 Cysts of thyroglossal duct.(第三百三十九圖).該管乃由胚咽而起.下長至舌骨體後.並喉及氣管前.直抵甲狀腺峽隨卽長成甲狀腺峽.後則該峽與甲狀腺二旁葉連合.此二旁葉起於胚鰓弓之深部.甲狀舌管之上口居於舌之盲孔處.其管下行經過舌於二頦舌骨舌肌之間.繼抵舌骨.其管之下端卽甲狀腺峽之垂體.平常該管宜完全消滅.若其上端仍存則能成一皮樣囊腫.居於舌內或舌下.(見六百九十九面).若下端仍存.則成含類粘液之囊腫.在初生之小兒無之.後乃長成.若自破裂或割放之.卽成頸正中瘻 median cervical fistula.其治法與治鰓瘻同.乃剖開除盡或滅盡其內之上皮襯膜.有時由該管之下端生副甲狀腺.形類腺瘤.且係良性.若無妨碍則無庸治之.

(丙)液囊瘤 Cystic hygroma.多爲先天性.亦有時爲後天性.卽多房囊腫.其房乃淋巴間隙膨脹而成.且含淋巴.有時舒長甚大.其邊緣彎曲不齊.或甚成畸形.且其壓狀亦甚大.遮皮之毛細管及淋巴管恐亦充滿而膨脹.若不侵入深處(如上縱隔腔).則宜割除.(見二百九十三面).

(二)後天性頸囊腫 Acquired Cysts of Neck.分數類如下:

(甲)皮脂囊腫 Sebaceous cysts.可生於頸皮.與生於他處者相似.無庸復述.(乙)滑囊性囊腫 Bursal cysts.與喉及舌骨有關.尋常結喉前有一滑囊.有時因內積液而膨脹.舌骨後亦有一滑囊.若膨脹則易誤認爲甲狀舌管囊腫.若有所疑.可以顯微鏡細查其襯膜.卽不難鑒定矣.蓋滑囊裏面係內皮所襯.甲狀舌管裏面係上皮所襯.果係滑囊囊腫.只割開置一引流管已足.然割除之爲尤善.若係甲狀舌管囊腫.須完全除出其裏膜.(丙)單房漿液囊腫 Unilocular serous cysts.每見於頸後三角處之下份.內

含漿液.或微帶血.其病原尙未確知.約因淋巴間隙膨脹之故.可割除之. (丁) 包蟲囊腫 Hydatid cysts. 亦見於頸.(見一百五十七面). (戊) 血囊腫.或見於頸大血管之附近.或係靜脈膨脹而成.通於頸內靜脈或他靜脈無定.通者被壓則空.不通者其裏膜之血管甚多. 若此患既已辨明.設非危急無須醫治.若誤認而開之.宜將所通之血管縛妥.倘不能縛.宜將浸腎上腺素溶液之紗布塞滿囊腫之腔. (己) 亦有頸囊腫由涎腺或甲狀腺而起者. (庚) 惡性囊腫.起於鰓裂之賸件.或因患鱗狀細胞癌者之淋巴腺壞變而起.每長甚大.且不能除根.因與深組織相連也.

刎頸 CUT THROAT

卽被人殺或自殺者.其輕重視傷口之方位及大小而定.自盡者若慣用右手.係由左向右而割.則左側之刀口重而深.向右漸淺而輕.慣用左手者反是.被人割頸者.刀口之方向視兇徒由前或後而割,及用左手或右手而有差別. 若多傷頸前部則呼吸道被割開.雖屬危險.然未必致命.若頸旁多受傷.則血管及大神經被割斷.甚易因出血而死. 對於血管被割斷者按普通之理治療之.無庸另論.至於割開呼吸道者.因有特殊之併發患.故宜視併發患而酌施治療.

呼吸道之刀傷 按傷之上下可分四處而論: (一) 舌骨上.兼傷及舌根. (二) 甲狀舌骨間隙.係常見者. (三) 喉處. (四) 氣管.

臨時之現狀 卽因休克,出血,窒息,或空氣進入靜脈等故. (一) 在舌骨上者.累及舌根並頜下部.舌與頜外二動脈或其枝出血.傷深者則大血管被截斷.以致傾命.傷不如是之重者.恐會厭及舌根落往後而遮喉.致有窒息之險.厥後飼以飲食甚難.因舌之運動被阻也. (二) 在甲狀舌骨間隙者.舌與頜外二

動脈及甲狀腺上動脈上部分皆易受累.會厭根被割斷.喉門之粘膜或有數塊被割離.致阻其呼吸.或血由喉流入氣管.致人窒息而死. (三)在喉者.傷口每爲橫形.且因軟骨堅而有抵抗力.故不甚廣闊.除甲狀腺受傷而劇烈出血外.其餘不甚出血.或有血流入氣管及肺內.致窒息而死. (四)在氣管者.頸總動脈,頸內靜脈,甲狀腺下動脈等甚易被傷.致有劇烈出血而死.有時因氣管被斷之二截移位.或血流入呼吸道.致窒息而死.亦有將空氣吸入靜脈內者.若喉返神經被割斷則喉必癱瘓.

日後之現狀 多因發炎之故: (甲)傷口被染發炎.致有蜂窩織炎.此炎或下行延至縱隔障內.或致聲門水腫.亦可致繼發性出血或膿毒血病. (乙)呼吸道發炎.被傷後常見氣管炎,枝氣管炎,或枝氣管肺炎等.此由吸入冷氣,或進入染性物如飲食,腐敗血塊,及傷處之溢液等所致.因此其人之色發紺.亦因稍顯窒息而喉粘膜之感覺減少.致容食物進入喉內.亦有因喉上神經被割斷而粘膜失感覺者.然喉上神經地位甚深.該神經既受傷.而大血管反未受傷.誠甚難明悉之事也. (丙)氣腫. Emphysema. 此係呼吸道被傷空氣進入蜂窩織也.不僅限於頸.且延於軀幹.捫之則覺該處軟腫而有沸泡鳴.但此狀非爲重要.過數日約能消退.

治法 若能縛諸出血處更妙.倘出血處過深不便於縛.則宜縛頸外動脈.且亟宜處理傷面之普遍滲血.恐血被吸入呼吸道也. 宜竭力俾傷處無菌.且截除皮及肌之不能瘉之損壞塊.

若以爲菌已滅盡則可縫合.倘疑未滅盡.須以浸弗拉芬之紗布填塞傷口.待數日縫合之可也.呼吸道之治法按傷在何處而異.在氣管者倘傷口參差.可於二側各縫一線固定之.則插氣管筒約數日.若傷口之邊平齊.則免插氣管筒而完全縫合. 若傷累及喉.宜立即縫妥.蓋喉插氣管筒甚難忍受也.若必需插之.宜於氣管上端先用氣管切開術. 若傷在甲狀舌骨間隙或舌骨

之上.先宜小心潔淨之.後則逐層縫合.即先縫合粘膜.但縫時其針不可透過粘膜.此層縫妥再完全潔淨其傷口.一一縫合.若會厭被割斷.當適對縫合無錯.若有所疑.宜先用氣管切開術後再縫之.

凡被此類傷者.縫合後宜俯其頭.自盡者更需人守護之.以免自撕毀其縫處. 若出血多可用鹽液輸入術.更宜留意病者周身之情況.無論食管受傷與否.每用喂管以飼之.待病者恢復其完全嚥能方可免用.

後發患 下所論之後發患.間於割頸者遇之:(甲)氣瘻.即呼吸道與外界有異常之通路也.多在甲狀舌骨間隙處.瘻外之皮與內面粘膜相續.有時能縫閉.但喉狹窄或喉內有粘着者莫若先治之.然後縫閉其瘻.即向上下割大瘻口.後將皮及粘膜分離.纔削粘膜邊橫縫合之.外面傷口或上下縫合.或留中段以便塞入紗條. (乙)喉或氣管狹窄.因傷處成瘢所致.或暫用俄待耳氏管.或常用氣管筩. (丙)無發音能(失音).約因割斷喉返神經所致.多爲恒久性. (丁)食管瘻或咽瘻.此患雖罕見.然於傷重者往往見之.或能自痊.故無庸另治.

甲狀腺病 DISEASES OF THE THYROID BODY

甲狀腺係一無管分泌腺.居頸前部之下份肌及筋膜之深面.附近喉及氣管.係二旁葉及一峽所成.其峽居氣管第二三四環之前(見第三百三十二圖).峽上或有一垂體突.即胎胚時該峽與口腔之通路之賸件. 該腺周圍有甚顯然之筋膜鞘.亦有一層纖維被膜伸入腺內以作各泡之間隔.被膜與筋膜鞘之間有動脈延入.且有若干大靜脈. 該腺之血供給甚豐富.係由入其四角之四動脈(即甲狀腺左右之上下動脈)而來.亦或有甲狀腺最下動脈循氣管前面而入峽之下緣. 腺泡之內襯以立方形上皮.且分泌一種膠體物.該物正常時含蛋白素與碘之化合物.名甲狀腺碘素 iodothyrin. 該泡與其周圍之淋巴管及小靜脈有甚密切之關係. 甲狀腺分泌之作用.對於身體之健全實有緊要之關係.然近今對於內分泌之問題尚未洞悉.雖稍有明曉者.然仍有許多未查明之理.且於各種內分泌彼此之關係尤不明瞭.

甲狀腺機能過敏 Hyperthyroidism. 此爲格雷弗氏病 Graves' disease 全身性症狀之原因.單純性甲狀腺腫所顯之類似格雷弗氏病之全身症狀亦因此而致.該二病之區別.是否祇在乎輕重或非同類尙未確知. 此機能過敏亦或爲數種腦力不穩並數種全身骨系統病之原因.

甲狀腺機能遲鈍 Hypothyroidism. 此因先天性無甲狀腺,或被手術截除之,或因炎患或癌等毀滅之而致. 若係先天性.或發現於孩童.則致克汀病 Cretinism. 患此者狀態特殊.身不及格.面白虛腫.腦力不敏.甚不潔淨.一般癡愚因此病而致者非鮮.若病不過重.敷甲狀腺素則有異常之佳果. 該機能遲鈍若在成人則致粘液性水腫 Myxoedema. 按該腺作用之一.即助身體排出粘液素.倘無此腺則粘液屯積於血及組織之內. 此等病者狀態甚爲特殊.面白虛腫.毫無神氣.舌較大於常.四肢粗笨不靈.因其軟組織加增也.左右鎖骨上窩各有一軟腫團.壓之而不凹陷.腦不活潑.體温較低於常.心之官能薄弱. 倘不治療.則病者遲早因衰弱而傾命.若用甲狀腺或其素.如每星期二次食生或畧熟之羊甲狀腺.或每日一二次服該腺五英厘之錠劑.則症狀速退.其腦力從魯鈍變至如常之聰敏.其身體從粗笨變成如常之爽利.洵令人甚奇異也.

副甲狀腺 有時發生於甲狀腺峽之上或下.或與該峽連續則於嚥食物時隨峽而上下行動.或爲獨立性則生於甲狀舌管之任何處.甚至生於舌底而與皮樣囊腫酷肖. 若有妨碍須割除而以顯微鏡鑒定之.因其構造不一.且有復發之趨勢也.

急性甲狀腺炎 或係尋常甲狀腺腫之併發患而見於一側.或起於正常之甲狀腺大抵爲普遍性.常因感染而致.其菌或從外入,如刺放囊腫,或刺傷等.或從身內來,如膿毒血病之栓塞.此多致化膿. 該炎亦或爲急性熱病之後發患. 或因擊打

而起.腺增大且發熱.並有觸痛.繼則體溫升高.寒戰.倘化膿則淺面現水腫.捫之有波動狀.治法早期須敷濕熱布或含冰之布墊.病者須臥牀靜養.口服瀉劑.調理飲食.如此其炎或消退.然強半進行而化膿.則須割數大口而放之.

慢性甲狀腺炎 多係硬化類.腺硬而皺縮.則夾緊氣管致有呼吸困難.其腺性上皮亦易壞變.致腺之機能被阻.則現機能遲鈍之症狀.患此類病者有若干兼有梅毒性.治法須先於局部敷碘膏劑.且口服碘化劑.倘疼痛及呼吸困難進行.宜截除腺之一部分.然不可輕易爲之.因有時腺甚粘着氣管也.

甲狀腺腫 Goiter. 致甲狀腺增大之故甚多.有婦女於春機發動時因充血而有生理性增大.且或數年之久每屆月經來時則增大.妊娠時或亦然.並當恐怖及色慾熾發時亦或充血而增大.倘增大爲恒久性或漸進行.卽名甲狀腺腫.或爲全腺或爲一部分無定.

原因 尙未十分洞悉.按地域而論分佈甚闊.惟多見於山地.在瑞士國並意大利北方之山谷甚多.亦見於比里牛斯山,喜馬拉雅嶺,安達期山等處.在北美洲散布甚闊.惟多見於太平洋沿岸附近之山地.對於該病之原因有二理論:(甲)因所飮之水碘不充分.故衞生家對於某地人所飮之水加碘少許以免此病.且令妊娠之婦服碘劑以免其子女患此病.如此行之待視日後之效果如何.(乙)據馬卡利森氏所論.此病係一微生物所致.雖尙未分出此物.然已有證據令人意及此微生物係隨水而入消化管內.致成一種血中毒而令甲狀腺增生.該氏曾將致甲狀腺腫之泉水令無恙之人或牲畜飮之.則患此病.若將此水過濾而飮之則無恙.倘食未濾過之臟物則患之.然究竟有無此微生物.且居消化管何處.至今毫無證據.亦有數副因助成甲狀腺腫.如人居深谷內少見日光.或居大城之陰暗處少吸鮮潔

空氣或因不講衛生.或因頭戴重物等. 尋常患此腫者女較多於男.且非係遺傳.亦與婚嫁無關.

類別 緊要之類有四.卽主質性類(又名單純性類),囊腫性類,纖維腺瘤性類,突眼性類等.另有急性類及惡性瘤類.

症狀 此四類或甲狀腺之全體增大;或僅左或右之一葉增大,或只其峽增大無定.至於腫之軟硬視其類而異.嚥時每隨喉活動. 病者常顯貧血.縱係單純性者.亦因過吸收甲狀腺之分泌而略顯突眼性類之數特狀. 且因鄰近器官被壓.致呼吸與嚥下皆困難.亦因大血管被推向外.或致顯腦症狀. 氣管旣已被壓.則移其本位而改其原形.常係左右扁.有時擠離正中線一吋或一吋有餘.氣管軟骨亦或萎縮.若甲狀腺峽患囊腫性或腺瘤性者.則呼吸甚難. 若腺向下舒長.由胸骨後入胸.則壓氣管使之前後扁.致呼吸有蟬鳴音.然不至失音. 若喉返神經被壓.則聲音粗糙.或失音.或有陣發性呼吸困難.有時致死. 習醫者當知症狀之輕重非按其腫之大小而定.有時其腫雖小.亦或致甚烈之症狀.

單純性甲狀腺腫或名主質性甲狀腺腫 Simple or Parenchymatous Goiter. (第三百四十圖).此類係腺之全體過長而無定界.長大後諸部分仍依無病時之大小爲比例.其長大之故.一則因腺組織過長.一則因腺泡內屯積膠體物.然其內之纖維間質仍爲正常形. 雖全腺俱長大.然此葉或較大於彼葉.捫之覺軟,並有彈力性,且不痛,或分小葉.常兼生囊,或生腺瘤.倘間質過多.如晚期所常見者.捫之則覺較硬於常.小葉尤顯.至此則名纖維性甲狀腺腫 fibrous goiter. 若硬化過多或生粘液性水腫 myxedema.

纖維腺瘤性甲狀腺腫 Fibro-adenomatous Goiter. (第三百四十一圖).此卽腺組織內生一或多數有包膜之腺瘤性結.

同時腺亦長大.諸結居於左或右葉,或峽,或佈滿於腺內.若位較淺則易捫其定界及動度.倘位甚深則難分辨矣. 可分二種論之:（甲）胎生類.其體實而爲同致性.係密列而不含膠體物之多泡所成.故其組織與胎胚甲狀腺同. 此類多見於青年人.平常不甚大.惟血管較富. （乙）尋常所見之腺瘤性者.其組織與成人之甲狀腺相似.有易成囊腫之趨勢. 與單純性甲狀腺肥大不易鑑別.

囊腫性甲狀腺腫 Cystic Goiter. 此因正常之腺泡或定處腺瘤之泡膨脹而成囊.且泡之間隔被吸收也.成爲一囊或數囊.內含稀釋液體質或極濃之膠體物.有時囊內生乳頭狀瘤.囊之裏襯以上皮一層.囊小者其上皮係立方形.大者稍扁或成鱗狀. 其血管甚多.有時血管破而血流入囊內.致其內容被血所染。

以上所論之三類.每見有繼發性改變.間質常變成軟骨,或骨,或石灰.惟成石灰性變者祇於最慢性者見之.亦有出血至泡或囊內者.且或患急性傳染性炎.或變成惡性瘤,強半爲癌類. 此三類間或顯毒性症狀.如用力時呼吸困難,心動過速,手指震顫等.此等症狀係機能過敏所致.然不似顯於格雷弗氏病者爲緊要.且不顯眼球前凸,並截除後強半痊癒也.故有此等症狀者可名爲毒性非突眼性甲狀腺腫 toxic non-exophthalmic goiter. 切片檢查之.多顯增生性過長.且甚顯多分泌而多吸收之弊.

治法 此三種甲狀腺腫之治法可合論之.與後類不同. 早期可用姑息療法.即使飲蒸瘤水或軟水,調理身體,講求衛生. 更宜移居海濱.服鐵及碘化劑.患處刷以碘膏劑.或用透皮療法（見二百二十三面）.在印度醫士則抹碘化汞軟膏.於午時曝以日光.每見大效.

若上法無效.而腺仍腫或更長大.則宜施手術截除其瘤或腺一部分.若截除全腺.則致粘液性水腫.若於峽或葉上存留足敷分泌之一部分.則無水腫患.總之治甲狀腺腫之理.與治他瘤同.即乘瘤小時截除之也.惜有醫士迨瘤長大始行截除.然此時則多增危險.

甲狀腺非完全截除術.於至凸之處割一口.或循胸鎖乳突肌前緣三分之下一份割之.或割一橫口.能使瘉後瘢痕不顯.隨即割斷頸闊肌及深筋膜.將胸鎖乳突,胸舌骨,胸甲狀,肩胛舌骨等肌擠向一側.若有必需亦可割斷.如是所欲截除之葉即於其包膜內顯出.切勿開其包膜. 以指或鈍解剖器定其界限.隨將出入之血管縛妥.對於居腺上部之甲狀腺上血管則以兩線雙縛而割斷之.在腺之外緣中點須縛甲狀腺中靜脈.在腺下則縛甲狀腺下血管.但愈近腺而縛之愈妙.免傷喉返神經. 遂令腺葉與其下之組織相離.或另使腺峽與氣管相離亦可.然須記氣管之軟骨環有時被腺峽壓沒.致氣管之壁祗為纖維織.且易受傷. 厥後將腺峽割斷.而縛其出血之動脈.或先縛而後割斷之亦可. 用藏縫術縫合其肌與膜筋.再用哈耳司氏皮內縫術縫合其皮. 因項不能受裹帶之緊壓.宜用引流管二十四小時之久.大約割口能順瘉.不致遺瘢痕.

施此等手術或應用迷蒙藥與否說者不一.科什耳氏往往以局部麻法為之謂為甚妙.但有多醫士不從其說.除最重病用局部麻法外.每以善施迷蒙藥者為之.余亦以此為然. 若腺腫居胸骨後.或致氣管甚受壓.須用醚施氣管內迷蒙術. 纖維腺瘤性或囊腫性者若為多數性.或地位甚深.則將受累之葉截除之可也.若為單獨性而地位淺.則獨截除其瘤足矣.其法即將皮與肌割斷.遂割腺之包膜及腺質至瘤.則瘤即易挖出.

突眼性甲狀腺腫 Exophthalmic Goiter 又名格雷弗氏病或巴息朵氏病 Graves' or Basedow's diseases. 此係甲狀腺之全體增

大也.且因血管舒展致搏動有力.(居腺包膜內之血管尤甚).患者甚顯貧血,心悸,心易受激刺,(即心動過速).且眼球前凸.原因大抵因甲狀腺有改變致其分泌任爲正常或否而過被吸收所致.有時甲狀腺增大不甚顯然.但以顯微鏡查其組織則知已有改變矣.腺之組織較實於常.其泡小而相貼甚密.有時泡內無膠體物.泡壁之柱形上皮有乳頭性增生.血管亦甚多.重者其胸腺仍存而漸大.然對於病之原因有關與否今尙未知.血之改變不甚特殊.白血球畧減少.若用比較計算法.則淋巴球率較多.

第三百四十二圖

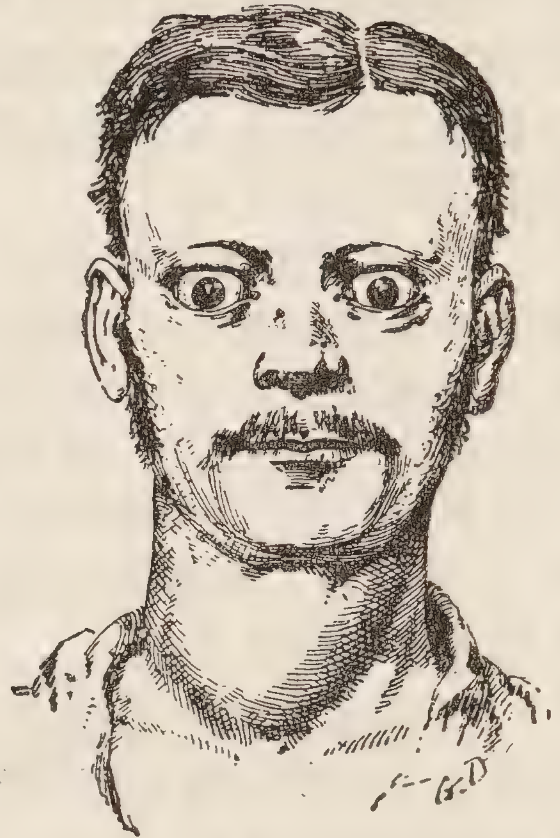


Fig 342.—EXOPHTHALMIC GOITER

突眼性甲狀腺腫

患此病者多係中年之婦女.每兼月經不調.家事繁雜,罣慮過度,偶受驚恐,皆能引起此病.眼球前凸之狀甚爲顯明.約因眶脂肪增多而致.亦有云因眶下裂間所有之無紋肌纖維縮小而致者.病者俯視時上瞼不立隨眼球下垂.故多露白鞏膜於角膜與上瞼之間.四肢亦顯微顫.病者甚悸.脈搏甚速.若稍用力或忽受驚則心即亂跳.而呼吸亦困難.若不治療或亦自能減輕.但有者其患日增.致人因衰弱或心之併發病而死.

基本代謝或曰鏂基代謝 Basal metabolism. 身體生熱之量爲新陳代謝機能大小之指徵.且其量因多種原因而大有不同.然在一定之情况下各個人可發見一種恒數.此種恒數謂之基本代謝.亦卽該個體不飲食而肌力休息時產熱最少之數.曾經發明其與身體之面積成正比例.故個人基本代謝率可定爲其每方米突於每小時在上述情况下所生熱力之數.此按年齡及男女而有異.男子之生熱率高於女子.年愈老則生熱率愈低.此種異於尋常之數.係用正常百分率之加數或減數表示之.

生熱之量或用測熱器直接量之.然對於尋常之臨診不便施行.或量其在一定時間所消費之氧氣及所生出之二氧化炭而間接量之.間接法與直接法所得之數相差無幾.故尋常多用間接法.茲不詳論.祇論在手技精妙者所量得之數無過百分十之差誤.是以對於某人所得之量數較恒數差過百分之十者則爲異常.

基本代謝率於甲狀腺之病理甚有價値.因在單純性或腺瘤性甲狀腺腫其率爲正常也.　在突眼性或毒性非突眼性甲狀腺腫所致之機能過敏其率加增.非但有助於早期診斷.且可指明病之輕重.如對於病輕者其率加增百分之二十至四十.輕重適中者加增百分之四十至六十.重者加增百分之六十至一百.　若頻頻量之則可指出病之增減及截除手術之效果.且對於X光線或手術等療法罕致之粘液性水腫能早顯明之.並能指明應服甲狀腺素幾何以治療之.

夫基本代謝之量法.對於診斷不過爲資助之一.因有他病亦能使其率加增.故非先鑒定無他病不可定爲甲狀腺機能過敏.　須切記基本代謝率對於應否施手術無何補助.須於病者各方面觀察.而注意其血壓及心肌如何始可決定應否施手術.

治法　須禁絕一切煩惱之事.使之靜臥.兼服溴化物,鐵劑,或碘化鉀等.又須治理月經不調或他處之病.如鼻患卡他炎.若以烙器烙其粘膜.則常令本病之狀減少.用X光線療法或碘游子療法.亦或有益.

若上數法均無效.則須用手術療之.但施手術者須知對於此事擔負重大之責任.蓋此等病者卽受最小之戟刺亦難免有急性反應.故須設法禁絕諸戟刺事.對於此等手術.第四十五章最末後所述之免受手術者患休克之原理最有關係.　須先縛腺之動脈.但必每隔一星期縛一動脈.尋常祇縛一側之上下二動脈.以便日後截除本側之腺葉.然於截除之前亦可縛對側之上動脈.對於縛動脈則施浸潤痲木術已足.對於截除其腺或必另用一氧化氮及氧氣迷蒙之.

縛甲狀腺上動脈法.平甲狀軟骨之中點開一横口.將胸鎖乳突肌前緣牽往外側.認定肩胛舌骨肌之外緣而牽往內側.則現露腺葉上端.此際可捫得甲狀腺上動脈.且縛之愈近腺則愈妙.爲便於兼縛靜脈及交感神經纖維也.如此該動脈與其下動脈吻合之一大枝亦被節制.　縛甲狀腺下動脈法.

卽在頸根開一橫彎口.認定胸鎖乳突肌緣而牽往外側.再將胸舌骨肌上之筋膜開一吋長之竪口而牽該肌往內側.遂用鈍解剖器以解露頸血管鞘.且認定第六項椎之橫突.而於該突上八分之三吋處可捫得甲狀腺下動脈之搏動.須從腺被膜之外側縛之.惟須注意鄰近之喉返神經免傷之.

甲狀腺截除術.截除該腺之一份.若能保護病者免當時之危險.卽有佳美之效果.尋常縛腺之一側動脈而截除腺一葉或已足.若不足待後再截除其餘一葉之一半.至於手術之施行與對於上三類所述者幾同.其所必需者乃手技輕巧並準確而敏捷也.捫腺時須極端輕手.勿擠壓而損傷之.且勿使之移位. 手術後或有劇烈之反應,如體溫過高,心動極速,甚至於二十四小時內傾命.大約因截斷甲狀腺峽時吸收該腺之分泌過度而致.常須妥善引流以免此險.倘截斷腺峽之肉面較闊.或須置入浸弗拉芬液之紗條二十四小時之久.然後縫合之. 若截除者已足.則病漸瘉而無他虞.倘不足雖或日後稍見瘉.然慢甚.總之手術之效果.須俟六至十二月始圓滿.但至終突眼之狀或仍未退.

惡性甲狀腺腫 癌類者較多於肉瘤類.幾盡先發單純性甲狀腺腫.日久則變爲腺癌. 生長甚速.累及周圍組織.致淋巴腺增大.且有繼發性瘤生於內臟.氣管被重壓.有時穿破.頸總血管被瘤圍繞.較甚於單純性腫推之往一側.終或因腺組織被滅盡致生粘液性水腫.在早期佐助診斷爲惡性瘤者如下:

(甲)年逾三旬若有甲狀腺腫性結.漸漸進行而不能查明其特因者. (乙)因喉返神經被累而早顯聲嘶者. (丙)疼痛映射至下頜,耳,頸後,肩頭者. (丁)瘤體堅硬或爲結節性或早失其活動者. 截除手術祇可於早期施行.在晚期而不能截除者須用銧療法.因銧雖不能治瘉而能停止其進行也.

急性甲狀腺腫 乃甲狀腺於數日或數星期之間速增大也.此病罕見.惟年幼者患之.約因氣管受重壓或聲門痙攣而

致命.其病理尚未明悉.非用局部麻木法截除其腺之一葉.無他法能獲益.

甲狀旁腺 Parathyroid Glands. 乃爲小橢圓形體.其數有四.居於甲狀腺之後.近甲狀腺下動脈之末端.以顯微鏡查之.乃係大核上皮細胞積成數柱.居於富有毛細血管之間質內.腺內有腔.含有膠體物.與甲狀腺泡內所含者不同. 此旁腺之作用尚未查悉.若截除牲畜之旁腺.則起急性搐搦及忒他內 tetany. 越數日則昏迷而死. 昔日所論截除腺後所起之忒他內.實因旁腺有病或被截除所致也.

胸腺 Thymus Gland. 此腺有時非但不減小而消無.反存留而增大.平常之舒長期至二歲已滿.此後則漸萎縮.至成人時只爲一塊脂肪織.或其中畧含原組織而已. 若仍存在或增大.則頸根較粗於常.叩其胸骨則有實響.或顯大靜脈於縱隔障內被壓之狀.呼吸亦困難. 有一種胸腺性氣喘 laryngismus stridulus. 彷彿蟬鳴性喉痙攣 thymic asthma. 茲不詳論.最要者乃胸腺增大,兼全身之淋巴組織過長,及脾增大,名淋巴體質 Status lymphaticus. 因施迷蒙於患此者恐忽然而死也. 患突眼性甲狀腺腫而死者其胸腺亦強半增大. 因呼吸困難而用氣管切開術無益.但用手術以截除其過大之胸腺或可獲效. 胸腺亦可生淋巴腺瘤.或淋巴肉瘤.

第三十三章

呼吸道肺及胸之外科

SURGERY OF THE AIR PASSAGES, LUNGS AND CHEST

呼吸道上段之檢查法 學者非甚熟習喉鏡之用法不能了然此處之病患.喉鏡係一小圓鏡.斜附一金類之柄上.用時令病者大張其口.持柄伸入口內.至鏡觸軟腭而輕托之使之畧高.醫士用額電燈或反光鏡射光於口內.墊巾將其舌牽向前.俾光射入喉處.如此則喉之形像可由鏡視明矣. 此等法學者必久經習練.方能將喉之正常異常分清.有時非用可卡印使咽門痲木不能行此法.且勿忘鏡內係倒像.故喉之前部居於鏡後.但左右不顛倒.

第三百四十三圖

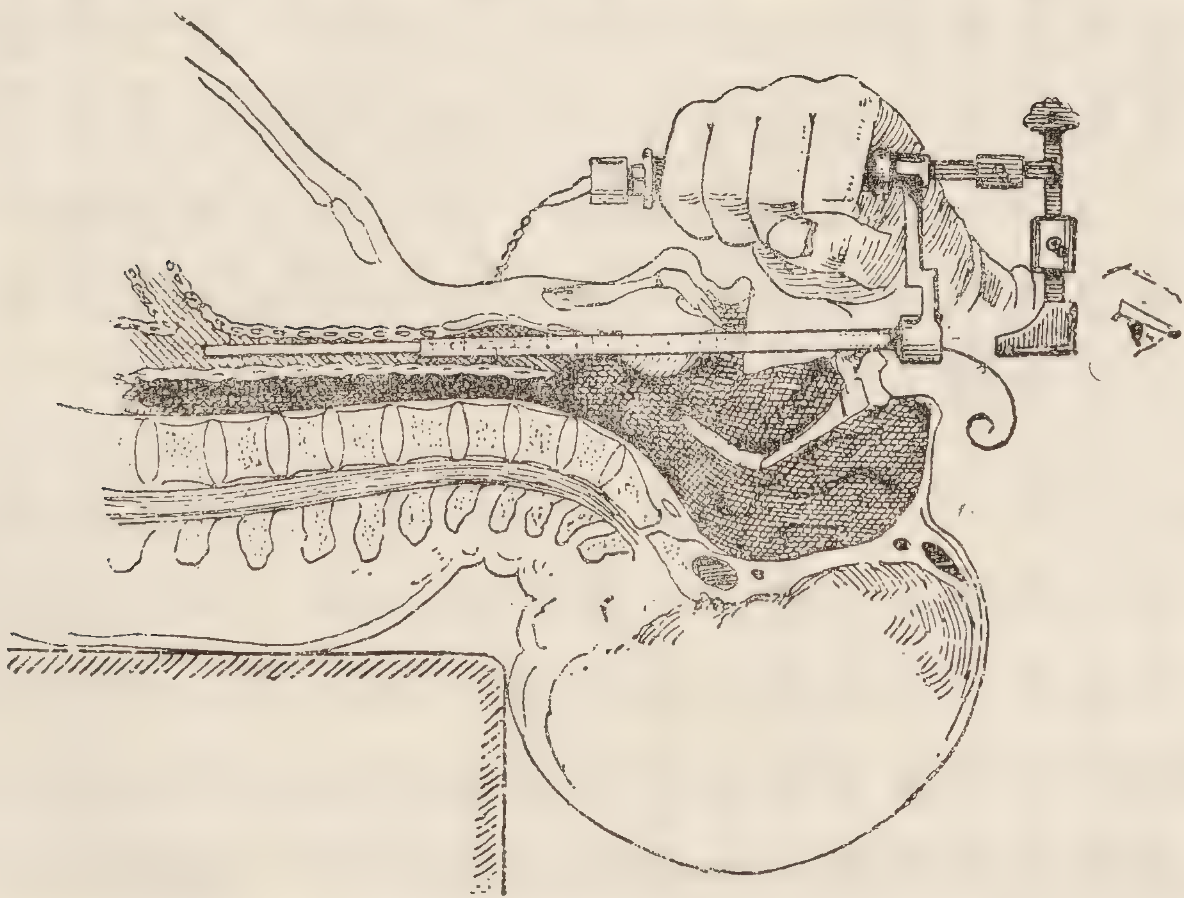


Fig. 343.—KILLIAN'S BRONCHOSCOPE IN POSITION

此係奇利安氏枝氣管鏡插入之式

先令病者迷蒙仰臥於桌其頭垂於桌之一端即將筒插入氣管隨由筒內復插一小筒直至氣管分歧

邇來發明一新器爲檢查呼吸道之用.名奇利安氏枝氣管鏡 Killian's bronchoscope (第三百四十三圖).其器乃係一金類直筒.由口直入呼吸道之上段(名枝氣管上窺法).但呼吸道宜先以可卡印麻之. 亦有將氣管切開一口而插入者.(名枝氣管下窺法).此法可使筒直至氣管分歧處.或於其中復插一小筒以查枝氣管.筒內之光或直接射入.或由鏡返射.曾經多次用此法取出枝氣管中之外物.

呼吸道內之外物 Foreign Bodies in the Air Passages. 呼吸道之任何段.均能被外物梗塞.全塞或否不定.其害之輕重視其物在何段並其物之形式及大小而定.

(一)居鼻內 見六百八十三面.

(二)居喉門 多因食物粗莽而致.亦有因此立致死亡者.如人食物過急致喉被塞.面則發黑.仆倒而死. 不全被塞者.如假牙等嵌入喉門.則致甚劇烈之呼吸困難.毫不能嚥物.其症狀因喉門粘膜下組織水腫而速增劇.亦有被麻醉,或癲癇而搐搦,或酒醉等時.致有異物如假牙等由口而內入,或食物團由胃而嘔上,以塞喉門也. 治法.宜立即治療.延悞恐致命.即以匙柄等物撬開其口.將指伸入咽內繞探一周.取出其物.若無效必須施喉切開術.兼用引呼吸法.若外物小而能呼吸.不至如是之急.可藉額鏡用鑷將物取出.

(三)居喉內 如大吸氣時聲門開大外物乘機進入.但大物不能進入.所進入之物係小錢,花生売,或小鈕釦,小假牙等.倘完全塞之則人立死.若入喉室則不完全塞之.致有甚劇烈之呼吸困難.且發嗽.甚至嘔吐.聲音有如蟬鳴.行動氣喘更甚. 後因聲門粘膜水腫則變完全梗塞.且喉軟骨炎或潰爛或壞死.若用喉鏡可見外物之方位. 治法.宜藉喉鏡用合宜之彎鑷取出之.若無效必須施喉切開術由喉下取出.若仍無效.則施甲狀軟骨切開術以取之.

(四)居氣管內　必其物較小於聲門且較輕者方能居此.若重則落至左或右之枝氣管.倘物之邊緣不齊恐嵌於氣管內.然強半仍活動.當人轉動或咳嗽時即畧動.且爲時愈久則愈不動.因被粘液質所包裹也.　症狀.即梗塞.戟刺,發炎等.　當物過喉時咳嗽甚重.呼吸甚難.厥後因外物上撞戟刺聲帶復致大咳.若物向上嵌入喉門.亦或致傾命.且因外物居於氣管內而戟刺之致氣管發炎.常咳出帶泡之痰.外物愈下所受之戟刺愈輕.因愈下而粘膜之感覺愈不敏也.　治法.宜用枝氣管鏡查定.以合宜之鑷取出.倘無此鑷.則於甲狀腺下切開氣管或可將外物取出.或令人伏臥而拍其背逼出其物.倘此二法均無效.可勿縫其刀口.用二線將刀口扯開.待咳時其物或可自出.

(五)居枝氣管內　凡塞枝氣管之物.必須小於聲門.且重而滑.最常者乃鈕釦,小石,小帽針等.亦或於用氣管筒時其內之小筒過鬆.致落於枝氣管內以塞之.　右枝氣管被塞.較多於左枝氣管.因右枝氣管較大,且左右枝氣管之間隔稍偏中綫之左也.　症狀.與上論相似.即梗塞,戟刺,發炎是也.其梗塞可分爲二.　(一)當時梗塞.即外物過聲門時戟刺之使聲門痙攣而致.　(二)日後梗塞.因外物停於枝氣管內而致.然其初非完全梗塞而爲瓣性.尙能出氣.但不能入氣.後或因粘膜發炎而腫.則變成完全梗塞.致氣不能出入.　其所通達之肺份因之萎縮.故現實響.且無呼吸聲.　枝氣管常因受外物戟刺而發炎.致成枝氣管擴張.或起繞枝氣管之肺炎.終致化膿.遲早則外物及膿忽乘咳時而出.昔有人將一傑菓吸入.塞於枝氣管.漸成枝氣管擴張病.逾十年而咳出.　亦有化膿延過肺至胸膜致成限局性膿胸者.若開胸以放其膿.外物或可隨膿流出.　然亦有全肺生膿腫致人虛弱而死者.　治法.除物停止於喉門致人立即窒息外.稍需時間將病者送至喉科專門家治療之.亦無何妨害.蓋所致之

當時咳嗽一過.病者即無甚不舒適也. 迄至專門家時即檢查其肺.且用X光線以定外物之方位.後用枝氣管鏡取出之.但未實行之先須造一類似枝氣管內之外物者而演試之.

若無專門家.可由甲狀腺峽下施氣管切開術.用探子探定其有無外物.再用細鑷或取鏝鈎或鐵線套取出. 若此法無效.不可縫其刀口希望炎性一退或外物由刀口咳出.若肺有膿腫.或成限局性膿胸.可剖開胸壁以放膿.或外物隨膿而出. 曾有人於早期切開胸壁直接切開枝氣管而取出者.

喉傷 有數類喉傷已論於前.如舌骨折.(見四百零一面).或自刎(見七百四十五面)等. 間有甲狀軟骨或他喉軟骨被人揑傷.致有劇烈之疼痛或出血.且稍阻呼吸.此病無他治法.只令其安息而已.如呼吸甚難.可施氣管切開術或喉插筒術.

喉病 DISEASES OF THE LARYNX

此處只畧論之.若欲知其詳可參觀喉科書.

急性及慢性喉炎 Acute and Chronic Laryngitis. 此於外科無大關係.多因用聲音過度或受風寒.致人失音且作嗽.聲帶因之充血而腫.治法.多屬內科.但在小兒有時水腫過甚.宜施氣管切開術或喉插筒術.

白喉性喉炎 Diphtheritic Laryngitis. (見八十八面).多由白喉炎而起.致呼吸甚難.若因喉梗塞用抗毒素無效.則宜施氣管切開術或喉插筒術.

急性水腫性喉炎 Acute Edematous Laryngitis. 此甚關要.原因.(甲)多因繼喉他病而起.如急性卡他性喉炎,或急性喉軟骨周圍炎,或慢性病如梅毒結核或癌所致.(乙)繼鄰組織發炎而起.如舌根炎或膿性頷下炎,或咽後膿腫.(丙)因小兒誤飲滾水或成人服潰藥所致.(丁)因有外物入喉而致.(戊)因慢性腎間質炎所致之周身水腫之一份.病理.從會厭兩旁前至舌根.後至披裂軟骨之諸粘膜皺襞皆水腫.(第三百四十四圖).披裂間皺襞,且假聲帶,下至聲帶亦受累.但因聲帶無粘膜下組織.祇有彈力性纖維被鱗狀上皮所遮,故受累至此而止.會厭兩旁腫至摺叠.只餘一窄隙.僅能呼氣.而吸氣則難. 症狀.即喘氣如有物阻.或兼喉門痙攣.若至極甚則致傾命.且因食管及咽水腫致難咽食物.體溫亦畧升. 欲辨此

病可用指伸入咽內.以捫會厭水腫否.或用喉鏡以窺喉門狹窄如縫.且窺後方之水腫之粘膜皺襞.　治法用可卡印痲患處.遂藉喉鏡以刀劃會壓下後之水腫組織.則水腫速消退.若兼吸含安息香雜酒之熱水氣其效更大.　頸外以熱布或冰敷之亦皆有益.　病劇者非用喉插筒術或喉切開術不易見效.對於小兒須施甲狀腺上之氣管切開術.

梅毒性喉病　在第二期聲帶上生粘液性結節或淺潰瘍.此時皮膚約亦生疹.且他處生濕疣及粘液性結節.多發聲之人其喉更易如此.其聲帶亦加厚.但除聲嘶外無大妨碍.無庸特爲療治.惟已潰爛可用昇汞溶液塗之.　在第三期則喉患瀰漫性樹膠樣腫之浸潤.或限局性樹膠樣腫.隨卽潰爛致會厭與披裂會厭皺襞俱壞死.喉門亦受累(第三百四十五圖).其喉之軟骨或隨發炎而壞死.　最顯然之症狀卽聲嘶及呼吸困難.厥後因成瘢痕令喉狹窄乃有呼吸梗阻.　治法.服汞及碘化鉀.且注射薩耳乏散.若有潰瘍以昇汞溶液噴之.或用甘汞或碘芬塗之.若呼吸忽然困難.宜施氣管切開術.

結核性喉病　(第三百四十六圖).此病有先起於喉者.然幾均由肺結核而起.此因肺內之痰常經過喉粘膜而染之.先則喉之後份近披裂軟骨處受累.粘膜下組織潰爛而成瘍.其形與他處之結核性潰瘍無異.(見一百二十四面).其潰爛甚劇.致喉之全圍俱受其害.甚至軟骨亦壞死.　症狀卽聲嘶,常咳,嚥物亦痛,呼吸略阻.兼顯肺炎之症狀.其豫後不佳.　至於喉粘膜貧血而色白.爲此病初起之特狀.

治法.與治他處結核患無異.多賴全身療法.宜居海濱或山嶺.以得清鮮之空氣爲妙.又宜調理飲食.且禁止發聲.　有時喉科士用乳酸塗之.若生乳頭狀凸物則割除之.但最妙者乃查明其肺結核而及早治之.或可免此患.

喉癱　原因不一.惟喉返神經受傷或被斷或被壓而致者有關於外科.　或因截除甲狀腺腫或截除結核性淋巴腺誤傷

神經而起.但最多見者因無名動脈或主動脈弓生動脈瘤,或鄰處生瘤如食管癌,壓之而起. 凡因以上諸患而致之喉癱多為一側.惟由癌致者.兩側或皆癱. 若一側之喉返神經完全被癱.則本側之聲帶毫不能動.而聲帶之位置與死人無異.(即在發聲位與吸氣位之間). 若喉返神經祇被壓而不全癱.則僅外展肌(環披裂後肌)被癱而內收諸肌無對抗者.致有劇烈之呼吸困難. 病狀若祇一側神經癱其症狀較輕.聲音僅畧不如常.此因好聲帶能過正中線之故. 若兩側俱癱則聲音全失.但於呼吸無碍.若祇外展肌被癱.而內收肌無恙.雖聲音不改變.然呼吸甚難.若不早施氣管切開術則難救矣.

喉乳頭狀瘤 (第三百四十七圖)此係瘊形之塊.由聲帶而起.致聲嘶及氣阻.以喉鏡視之其瘤可見.若先以可卡印麻其喉,可用喉鑷將瘤取出.然不及用枝氣管鏡.因可直接窺見而

第三百四十七圖

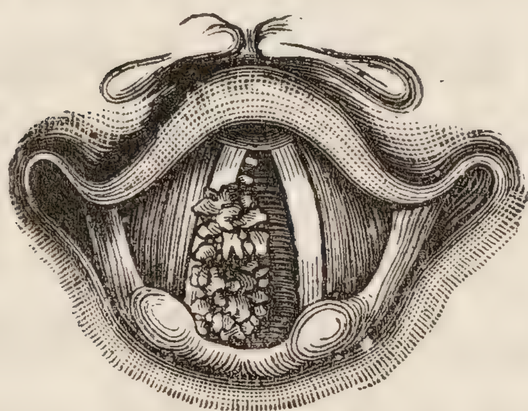


Fig. 347.—PAPILLOMATA OF THE LARYNX SPRINGING FROM THE RIGHT VOCAL CORD

喉乳頭狀瘤生於右聲帶

第三百四十八圖



Fig 348 —EPITHELIOMA OF THE LARYNX INVOLVING THE RIGHT VOCAL CORD AND BASE OF THE EPIGLOTTIS

喉鱗狀細胞癌累及右聲帶與會厭底

割除準確也.有謂宜用電烙器毀滅此瘤者.然如此為之將來或恐復發.或須用甲狀軟骨切開術始能除根.

喉門或會厭亦或生數種良性瘤如囊腫等.約可施局部療法.

喉鱗狀細胞癌 (第三百四十八圖).多患於四十餘歲之人.爲乳頭狀瘤之繼發患.由會厭底或聲帶或室皺襞而生.漸次瀰漫累及深淺之組織.或致喉之軟骨壞死.後延至舌底.累及食管與咽. 此病限於喉內時大約僅累及一側.以致聲嘶或失音.兼戟刺喉使人常咳.然淋巴腺不大受累. 患旣蔓延而累及鄰器官時則淋巴腺增大.咳出帶血而甚臭之膿性痰.終致呼吸困難,肺炎,或衰弱而致命.此病之痛令人難以忍受.且其痛映射喉咽耳等處.年逾四十五歲者若耳部有恒久性痛.則須詳查其口及咽. 治法.初起時可用甲狀軟骨切開術完全截除受患之區可期其痊.若爲時過久.或須截除喉之一半或全喉.並盡除其受累之淋巴腺.甚至截除其舌及咽壁之一部分.然此病旣甚廣延恐難除根.不過減少其狀耳.若至須用氣管切開術時卽切開之.

急性及慢性喉軟骨衣炎 Acute and Chronic Perichondritis. 此患每令軟骨生膿腫或壞死. 急性者係膿菌所致.或同外傷而起.或繼熱病如腸熱病等,自身感染而起. 其喉甚痛.體溫升高.嚥下困難.聲嘶.若粘膜腫則有呼吸困難.或致聲門水腫.其膿腫穿頭向喉內或喉外不定.若剖開視之.可見其軟骨光滑或盡壞死. 治法.初起者可敷熱濕布.若喉外已腫或致呼吸困難.則宜從外割至軟骨.倘呼吸困難仍不減輕.則宜施氣管切開術.

慢性者.多係結核梅毒及癌等所致.生膿腫較緩.周身之狀亦較輕.然至終其軟骨必壞死. 若膿腫欲外穿頭則宜由外放膿.能由喉內治之尤善.倘有死軟骨片.須由外割口取之.或宜施甲狀軟骨切開術而截除之. 喉捩轉或狹窄爲常見之後發患.因此故或宜常用氣管筒.

呼吸道手術 OPERATIONS UPON THE AIR PASSAGES

(一)**舌骨下咽切開術** Sub-hyoid Pharyngotomy. 馬勒根氏 Malgaigne 始發明此術.爲達至喉之上部而除外物.或用以治喉結核. 於甲狀腺與舌骨之中間開一橫口.隨即切開咽.又由舌底移開會厭.(三百四十九圖 I).此法不宜常用. 有一較善之法.即經過舌骨咽切開術.乃以刀由舌骨之正中豎切之.其刀口由下頷聯合起至甲狀軟骨止.可由舌骨之上或下開其咽.則舌根及咽後壁或喉上部即顯露矣.但自須先用氣管切開術. 余嘗用此術除會厭並舌後之鱗狀細胞癌及咽後壁之肉瘤.甚覺便利.

(二)**甲狀軟骨切開術** Thyrotomy. (第三百四十九圖 II) 即在甲狀軟骨正中線豎切之.爲截除其外物,或良性瘤,或限於聲帶之癌等. 其割口乃在正中線.從甲狀軟骨上緣至胸骨上切迹.遂施氣管切開術.或在甲狀腺峽之下或經過該峽.厥後在瘤側將甲狀軟骨之衣解離軟骨.以特剪從下往上剪開甲狀軟骨.剪之外股宜稍偏於對側.其內股須刺透環甲膜從下面入聲門.但宜適居正中線.則瘤並聲帶及對側之組織均不受傷. 用牽開器敞開氣管.而於氣管筒上塡管腔.則將聲帶,瘤,假聲帶,及下面之肌,與軟骨衣,割離甲狀腺翼.遂將此翼截除. 對於截除其瘤.宜用特剪剪三口.一口居假聲帶之上.一口居聲帶之下.一口居瘤後.剪瘤後口時尋常兼剪除披裂軟骨之聲突一小份。然後制止出血.撤出塡塞氣管之物.適對而縫合之.裹以敷料.或當時將氣管筒撤出.然待二十四小時撤出之較妙.

對於治療限於喉內之癌.近今多用此術.其結果甚佳.受此術者強半語言仍清.

(三)**喉截除術** Laryngectomy. 除截除累及兩側之惡性瘤外.不用此術.若癌仍限於喉內.或有佳果之希望.倘已延出喉

外.其豫後甚較劇烈.則死率大增.在結佳果者雖完全無發音能.然仍能發似耳語之言. 因近今診斷進步,並醫士精熟窺喉法,故施手術較早.自多用甲狀軟骨切開術.而少施喉截除術. 對於此術於玆不詳論.祗論其大概而已.該手術之前級與甲狀軟骨切開術同.然須將甲狀軟骨之左右翼均剖離.再割斷環甲膜.或斜截斷氣管以便厥後將氣管上口緣與外口緣縫合. 再將喉牽前與咽諸縮肌及咽前壁從下往上割離.遂將甲狀舌骨膜及會厭底割斷.末後剖離甲狀軟骨上角.而割斷甲狀舌骨側韌帶. 若病仍限於喉內.此手術不甚難.亦不甚危險.倘已延出喉外.則恐舌根或食管被累.故手術甚難施行. 終則將咽粘膜所割之裂並肌及皮遞次縫合.大抵能得第一期之癒合.

(四)**喉切開術** Laryngotomy. 除對於呼吸忽被梗阻之救急手術外.此術罕用.若喉門被外物梗阻,或聲門痙攣,或手術時血屯積於喉內.須用此術. 其法乃於環甲膜前正中線割一豎口. 隨循環狀軟骨上橫割斷環甲膜.(第三百四十九圖III).將二胸舌骨肌分推於兩旁.即置入氣管筒.有時必縛甲狀腺上動脈之環甲枝. 若為患甚急.立用尋常之小刀橫割一小口直至喉內.用一夾髮之叉子撐開刀口. 若患不急.則用氣管高切開術為妙.因置氣管筒於環甲間隙其喉甚受激刺.且成瘢而縮小.或有碍於發聲. 施此術必用一特筒.其筒腔非圓乃為橫扁形.

在小兒之喉着手處窄小.故須兼切開環狀軟骨及氣管之第一軟骨環俾其處寬大.此名環狀軟骨切開術.又名喉氣管切開術 cricotomy or laryngo-tracheotomy. (第三百四十九圖IV).然恐喉生肉芽織過多致有狹窄之弊.

(五)**氣管切開術** Tracheotomy. 氣管乃十六至二十軟骨環所成.較高於胸骨上緣者有六七環.第三四環為甲狀線峽所

遮.故切開氣管或在該峽之上或在其下.間或切過峽而開於其後均可. 夫應施氣管切開之指徵.即任何故所致之劇烈呼吸梗阻.如(甲)數種喉炎.聲門水腫及白喉炎尤然.(乙)喉狹窄及生腫瘤,並數種喉癱瘓.(丙)間或爲除出喉內或氣管內或枝氣內之外物.(丁)喉或氣管被鄰瘤所壓.如甲狀腺瘤等. 尋常施此術於甲狀腺峽上(氣管高切開術)爲妙.然有時須施於峽下(氣管低切開術).高術之危險較小於低術.然若喉內有病.則高術之切口較近於病而難免生弊.對於從氣管或枝氣管內取出異物.則常用低術.

氣管高切開術 High Tracheotomy. (第三百四十九圖V).令病者仰臥.頸下置一沙囊或枕.如此則頭後仰.肩微提高.令喉諸組織緊張. 若用哥羅芳可僅施於割皮之際.勿用之過度.倘呼吸甚顯被阻.不如用局部痲法. 再令病者之頭正向上而勿偏.醫者認定其環狀軟骨.即在此直向下割成約一吋半之口.割開淺筋膜.並尋兩胸舌骨肌之間隙使之分離.再用兩鈍鈎一鈎此側一鈎彼側而扯開之.只用一人爲之.取其用力均勻也. 甲狀腺峽即露出.若峽突上過高.則橫割其上緣之筋膜推之向下. 用刀柄與解剖鑷顯露氣管.又以銳鈎鈎環狀軟骨之下緣使氣管穩固而不動.遂將傷口之血拭乾.以刀刺入氣管向上割斷二軟骨環.於是病者大吸氣.繼則咳嗽.若因白喉施此術.醫者宜謹慎.勿使痰與白喉膜入已之口鼻及眼. 置氣管筒之難易.乃在病者年齡之大小,與症狀之緩急,及氣管之淺深.任用何器,如刀柄插入切口而轉之,或用二鈎或敷料鑷令切口緣敞開,均可作氣管筒之嚮導.任年老者其軟骨環或已成骨.須截除兩側各一小份.始可置入氣管筒. 筒即插入.病者之呼吸速變平勻而安靜.再用穿帶穿氣管筒板之兩側孔.繞頸而作結於後.使筒不移.除將數層紗布置於皮與筒板之間不用他敷料.

氣管低切開術 Low Tracheotomy.(第三百四十九圖VI).此術與高切開術略同.但割口低下幾至胸骨.割口雖向下.然其深部萬不可距胸骨太近.至少必離胸骨一指寬.蓋恐割開與心包相連之頸筋膜份致傷無名靜脈也. 卽將淺筋膜割斷.用牽開器牽開左右之胸舌骨肌及胸甲狀肌.則甲狀腺下靜脈卽露出.此靜脈在呼吸被阻時則充血而膨脹.是以宜用鈎牽開或縛而割斷之.繼則將靜脈後之深筋膜割斷使氣管露出.其後所用之法與上所論者同.

氣管筒 Tracheotomy tube. 此筒雖有數種.然均為雙套筒.便於取出其內筒而潔淨之.內筒較外筒畧長.不然取出內筒之際仍有粘液存於外筒以阻其孔.外筒有一橫板以便繫帶固定之.

常用者為琶克氏 Parker 筒.(第三百五十圖).其彎形與氣管恰合.兼有引器.故置入甚易. 達任氏筒乃為正角形.其筒均為數節所成.然取出置入不及琶克氏者之易為. 又有雙葉氣管筒 Bivalve tube. 其外筒乃左右兩頁連一橫板而成.當插氣管時揑之使兩頁相貼.故入之甚易.然醫士宜愼重行之.勿使一頁插於氣管內一頁居管外.若然則內筒不能置入也. 任用何筒須備大小不等之數筒.因氣管之寬窄及淺深各人不同也. 施氣管切開術於他手術之前為免血流入肺.有兩種氣管筒用之甚宜. (一)罕氏 Hahn 筒.外筒包一薄層海絨.海絨經濕則漲.以阻血之下流. (二)呑德倫孛氏氣塞子 Trendelenburg's air tampon.外筒外面有一薄層橡皮鞘.此鞘以氣吹之卽漲大.亦能阻血下流.

氣管切開術之困難及危險 以上所論之切開術.學者讀之似易.有時難行而有險.蓋作此必宜甚速.且恐無人襄助,或燈光不足,及血管充血也.故施此術者必心安手穩.較之僅熟於解剖學者尤勝一等. 令人誤施此術或有意外之虞.有數種

情況列下:(一)病者半窒息.用全身迷蒙藥恐其喉門痙攣而呼吸停止.故不如用百分一之挪復卡印 Beta-Eucaine. 與腎上腺素之局部麻木術.(二)有時

第三百五十圖

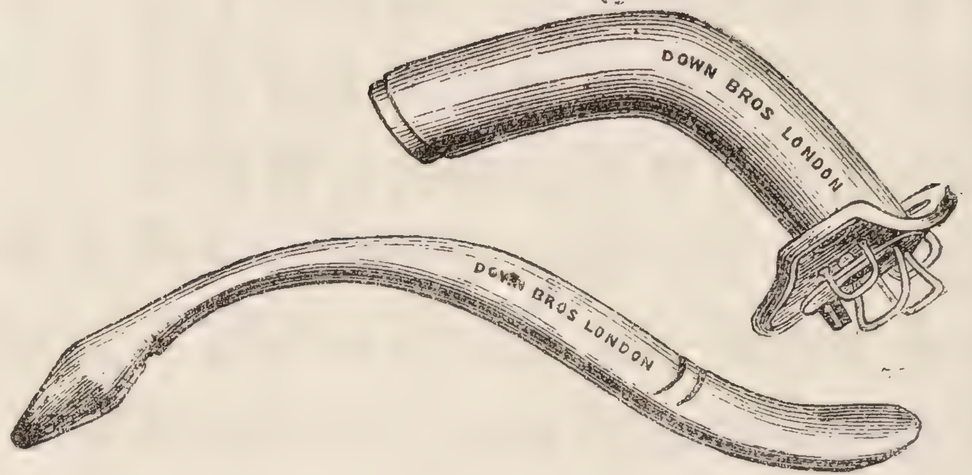


Fig. 350.—PARKER'S TRACHEOTOMY TUBE AND INTRODUCER

琶克氏氣管筒及引器

氣管尋之不易.小兒肥胖,或甲狀腺峽過大,或胸腺延至頸者尤然.間或氣管被推至一旁.必小心用指捫之方能尋出.但此類罕見.故總宜於正中線尋之.(三)出血過多.此血多半從頸前靜脈與甲狀腺下靜脈叢流出.若可緩行施治.可於開氣管之前用血管鑷止血.若症狀甚急.不用血管鑷亦可.因呼吸既通氣管筒則血流約自止. 氣管前之左無名靜脈少有高至胸骨之上者.然不可不注意此靜脈也. 在百人中有八人有甲狀腺最下動脈.從無名動脈起順氣管前至甲狀腺峽.若割斷此脈則易於束縛. 若血多吸入肺內.或致膿性肺炎.(四)空氣吸入靜脈須注意之.然罕見.因該脈內之壓力增大空氣不易入也.(五)有時用刀不愼.則開氣管時易於致害.若不先用銳鈎鈎住氣管更不能免.刀入氣管時刀背宜向胸骨.從下向上割之. 凡小兒之氣管皆小.若有甚急之呼吸困難.則氣管上下活動甚速.倘迷蒙未至滿足.則顯手舞足蹈之狀.故醫者遇此大爲困難.因此之故而頸大血管或食管或脊椎體受傷者不少.(六)氣管初割開時病者咳嗽劇烈.有時咳嗽甚久不易置氣管筒.若欲免此弊.可在開氣管之前注射百分二之可卡印溶液數滴於氣管內.

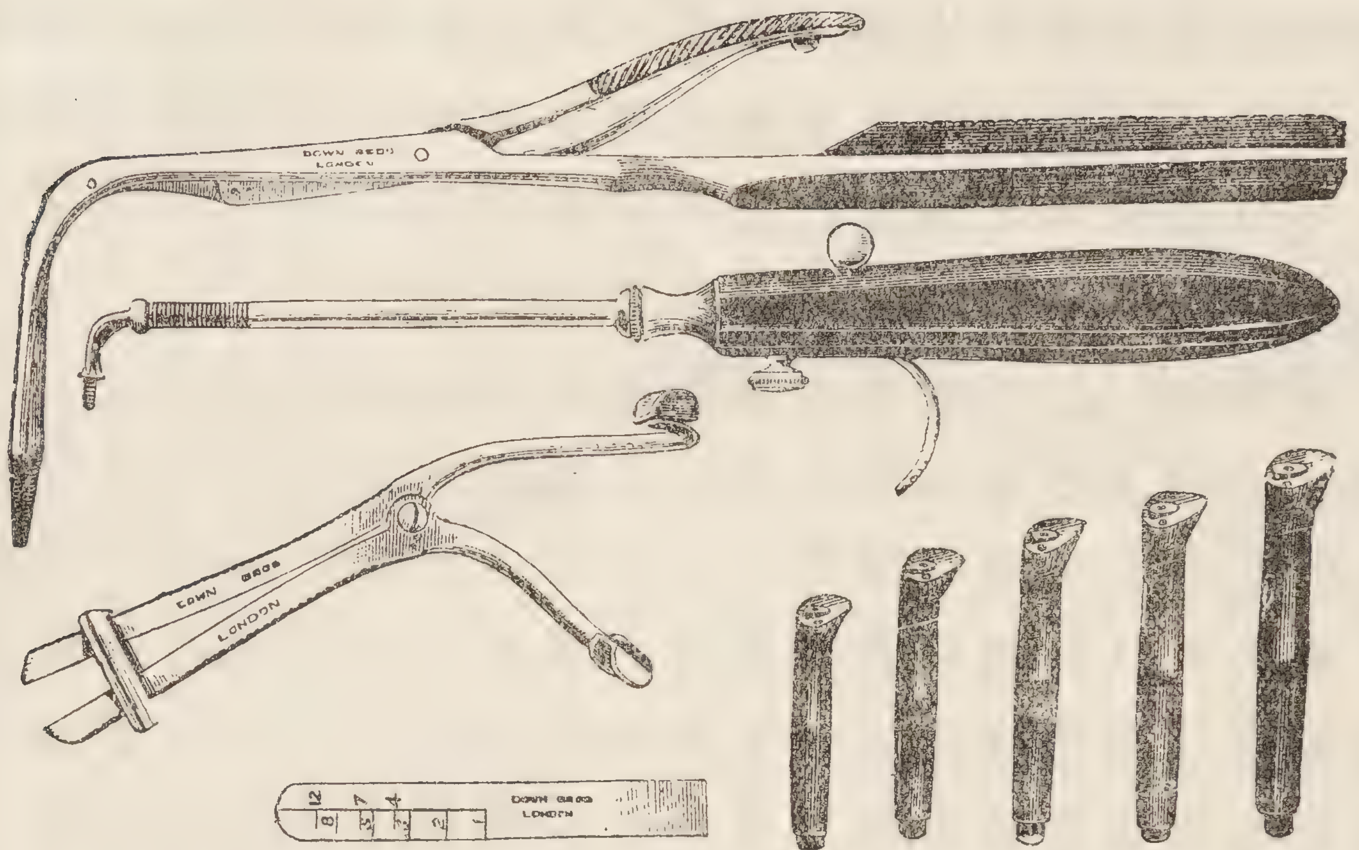
(七)置氣管筒時若仍未去其銳鈎.則筒易入.不然恐易致筒不入氣管而誤入氣管前筋膜下之間隙.或氣管旁. 若係雙頁氣

管筒.用之不善.則易致一頁入氣管一頁入肌間. 若有甚堅之白喉膜亦屬困難.蓋筒雖入氣管內.但未穿破白喉膜.此非獨不助其呼吸而反阻碍之也.是以若因白喉病施切開術.宜將氣管割一大口展開細查氣管內.然後置氣管筒.有醫士用抗菌紗塞於喉下部.免使氣管筒上之白喉膜向下而降.

善後療法 令病者臥於牀.室內之温度宜恒爲七十五(23°8 C.).不可增減.室內宜用一二壺盛水置火上.令水常沸而氣騰.則室內之空氣自潮潤.可代由口鼻呼吸之滋潤作用.臥牀以帳遮風.筒口無庸覆蓋.恐阻呼吸及咳出之痰或白喉膜.若以紗等蓋筒口.則所咯出者必貼於紗上.易返入肺中而令白喉病傳至肺.或起膿性肺炎.故晝夜宜有看護侍其旁.見有呼出之質卽行拭去. 對於內筒則看護宜一日取出二三次潔淨之.若有乾膿液.宜用重炭酸鈉百分四之溶液洗之.亦每日宜將外筒取出一次洗淨.但此事須醫士自爲之. 若病者氣管內積有多粘液甚阻呼吸.可用雞翎由氣管筒內掃出.然患白喉病者萬不可用.宜用吸器潔淨之.但醫者切勿用己口吸之.因有由此染白喉病而死者. 氣管筒置入之時期久暫無定.但愈早取出愈妙.因存留太久恐後有碍於發聲.是以內筒之上段有一孔.以便空氣之一份經過喉也.迨醫士以指塞筒之外口而病者呼吸不爲所阻時始可將筒撤去.

氣管切開術之後發患 (甲)若所用之氣管筒與氣管不適宜.或致氣管潰爛.若筒過彎則戟刺氣管之前壁.亦有因此故左無名靜脈被穿破而死者.若彎不及度或觸後壁而穿入食管.若病者必須久置氣管筒.則以橡皮製者爲妙. (乙)有數類膿性炎患可累及傷口.致蜂窩織炎.或有繼發性出血.對於氣管低切開術尤危險.蓋恐炎下延至縱隔障也. 若係白喉病其割口或被白喉桿菌所染. (丙)若寒氣或乾氣或白喉質或膿毒質

第三百五十一圖



俄待耳氏喉插筒術所用之器具

Fig. 351.—O'DWYERS INTUBATION APPARATUS

The cannulæ are seen below on the right; a hinged inner tube passes throughout the length of each and the upper end of this is screwed to the extremity of the introducer seen in the middle; when it has been inserted into the larynx, the trigger of the introducer is drawn, and by this means the inner tube is loosened and can be easily removed, leaving the cannula in position. To extract the tube, the rectangular forceps represented at the top is utilised; the point of the forceps is inserted into the top of the cannula, and then by opening the blades the cannula is fixed and can be withdrawn. A useful type of unilateral gag is also represented, and a smal gauge to indicate the size of cannula required at different ages.

圖右側下卽套筒.筒內有合頁筒.合頁筒上端可用螺絲柄持之.(此柄形見圖中).筒既插於喉內.則按螺柄之發機而內筒卽放鬆則能取出.而套筒仍存於喉內.取套筒時須用圖上所繪之鑷.將鑷尖頭插入套筒上口內而張開撐緊.則套筒卽可取出.圖內有小張口器.又有度器指明依人之年齡大小須用何筒.

被病者吸入.恐致氣管炎,或枝氣管炎,或肺炎. (丁)撤筒後呼吸或甚難.因有肉芽織塞於氣管腔,或因氣管或喉等狹窄,或因喉之外展肌癱瘓所致.患自喉病者更甚.或皮與粘膜相粘而成瘢痕.牽彎氣管致其腔窄小. 若欲診斷阻碍呼吸之故可用驗喉鏡窺查之.或細查傷口及氣管上部. 若有肉芽織可施迷蒙藥而刮除之.或刷以潰藥. 若喉狹窄則用俄待耳氏 O'Dwyer's 筒擴張之. 若氣管狹或須截除其窄份. 若喉癱瘓可施電療

法.(戊)若病者必須終身用氣管筒.宜戒其勿令水入此筒.曾有孩童泅水時因此而淹死者.

(六)**喉插筒術** Intubation of Larynx. 對於治療喉梗阻.可用此術以免氣管切開術之危險.即用特殊之引器將彎度適合之套筒由口插入喉內.最合用者乃俄待耳氏筒.下端橢圓故易通過兩聲帶之間.上端較大故安於喉上口而不至下墜.用此筒必須頻換.免潰蝕粘膜也. 對於喉狹窄或聲門水腫此法甚善.若爲白喉病則不適宜.恐套筒將白喉膜推下也.

肋骨及胸骨病 AFFECTIONS OF THE RIBS AND STERNUM

骨折 已論於前.玆不復贅.(見四百零二面).

骨髓炎 此罕見於肋胸諸骨.但有時小兒患急性膿性骨髓炎致骨壞死. 此炎多因腸熱病而致.(見四百五十六面).大約係亞急性類.能使骨成廣闊之潰瘍而壞死.此病之桿菌最喜潛伏於骨質內.故僅用刮術則不足.必截除病骨份庶可絕其病根.

梅毒病 起於胸骨較起於肋骨者多.大半患於胸骨之上部.其特狀即於骨之內外生樹膠樣腫.致骨被侵蝕或壞死.治法.將死骨片取出.隨服碘化鉀與汞即瘉. 若患在肋骨.每於第三期發骨衣炎或軟骨衣炎.越數星期即現有橢圓形之瘤.不痛.捫之亦無觸痛.宜審愼診斷.恐誤認爲結核或惡性瘤也.須問明病之來歷.如有所疑可用乏色曼試法鑒定之.

結核病 起於肋骨者較起於胸骨者多. 患在肋骨者.其原發性病或係骨髓炎.致骨髓被累甚闊.但亦有由鄰近之結核,如脊柱胸膜等處而繼發者.此多起於骨衣下.同時累及數肋.

此病多見於少年人.常累及肋中部.或發於肋骨與肋軟骨之

交點.其發於肋骨之狀與發於他骨者無異.即骨膨脹,骨瘍或壞死,及常成膿腫,是也.其膿腫腔大半居於肋骨之外側.然或成壓腰葫蘆形.一腔居胸內.一腔居胸外.二者爲一窄腰通連.治法須用斷根療法.若只用刮除及滅菌法恐不足.須將肋骨一大塊及膿腫一並截除.患在胸骨與累及他處同.其膿腫或穿於胸骨之中間.或由胸後向肋間隙處穿出.治法即施全身療法.若有膿腫宜開放之.且乘開放時而刮其骨.

腫瘤 多係軟骨瘤或軟骨肉瘤.軟骨瘤多起於肋骨.軟骨肉瘤多生於胸骨.皆不甚痛.故患之者求治遲緩.日久則瘤與胸膜粘着,或侵入肺中.在早期或可截除.倘截除時不用特法(見下)防之恐致肺收縮.

肺及胸膜腔之外科病

SURGICAL AFFECTIONS OF LUNGS AND PLEURAL CAVITIES

非通於外之肺傷 此由胸受暴力而致.肋骨折或不折無定.或係挫傷.或係裂傷.

(一)挫傷 每因受不足折斷肋骨之暴力而致.其狀乃胸旁甚痛.暫顯休克.畧有咯血.後則肺與胸膜皆稍發炎.有畧失叩響稍顯雜音以指證之.治法令病者靜臥於煖室.精細調理全身.須貼膏於胸旁以止痛.

(二)裂傷 此多繼肋骨折而起.受直接暴力尤然.其狀之輕重在乎傷之情形及大小.則甚顯休克.胸旁疼痛.呼吸困難.不久則顯出血之狀.即咯血或血胸 hemothorax. 等.若傷小則病者常有刺戟性咳嗽.且多咳出帶血之痰沫.若傷大而累及肺血管之大枝.血即湧出.甚至因暈厥或因血充盈大枝氣管則窒息而死.血胸若壓肺至甚亦能殞命.其狀即受傷後不久胸旁有一區域顯有暗響.而無呼吸聲,及無語聲震顫.漸從下往上而

展大.雖無發炎之狀.然有出血之全身狀. 若不治理.所出之血雖漸被吸收.然恐生若許粘連物甚阻呼吸.繼而或受染.其受染或從自身之血或從肺內之傳染病竈而致. 因肺氣泡已破.氣或入胸膜腔.即成氣胸 pneumothorax. 或氣入蜂窩織內.即成皮下氣腫.又名外科氣腫 Surgical emphysema. 若成氣胸必致肺萎.倘肺驟然全萎.則大有碍於呼吸.如劇烈之呼吸困難或直立呼吸 orthopnea. 若胸膜腔之積氣不多,或雖積滿,然由漸而積.且患之對側肺無恙.則無甚大碍於呼吸. 夫肺裂傷所致之氣胸.因其氣經過肺被肺氣泡所濾過始入胸膜腔.故氣內無菌.是以若無枝氣管炎或他炎患.則胸膜之血塊不化膿亦不裂解. 其積氣之徵.叩診之有如鼓響.聽診之有空甕呼吸聲 amphoric breathing. 或有金類玎璫音.迨裂處將瘉時空甕呼吸聲即止.胸膜腔之氣漸被吸收.而肺亦漸次舒張.但此等經過乃需四五日之時間. 若另有血含於胸膜內.則名曰血氣胸.醫士若以兩手握病者之肩而搖之.則聞有滌盪聲.

若有外科氣腫.則每指明胸膜之壁臟二層均裂而被氣隔離.致限局性氣胸.病者每吸時即有氣進入胸膜腔.呼時則氣過胸膜壁層之裂口而入蜂窩織內.甚或由此而延至全身. 皮下氣腫之處腫且軟.捫之有沸聲. 若氣腫不甚闊則無關緊要.迨將瘉而所傷開之肺氣泡即閉合.蜂窩織內之氣即速速吸收矣. 亦有於肺間質顯氣腫者.其胸膜之壁層未受傷.則氣由肺氣泡洩出.隨泡間之結締織至肺根.後則至頸下部.此最爲險兆.

以上所論乃肺受裂傷常見之早期症狀.其後發患約爲限局性損傷性胸膜肺炎.體温畧高.或咳出鐵銹色之痰.呼吸甚難.劇者有時因窒息而死.

通於外之肺傷 此傷多由直接暴力而致.肋骨常被折.症狀與非通於外者幾同.其不同之處.因胸壁旣被穿破.則由肋

間動脈,或乳房內動脈,或被傷之肺,而來之血均可外流. 鑒定血之來源非易.然若當時咯血,並心每次舒縮時則血加劇,且用指壓之卽可制止,大抵可定血從胸壁而來. 肋間動脈或乳房內動脈之出血之治療法.見二百四十一面.

再者細菌,或傳染性外物(如槍彈或衣服之碎塊等),或由其外口而入胸膜腔.致其後發之單純性胸膜肺炎變成感染性.因此則膿胸係當見之後發患.且其肺炎或變爲瀰漫性終至化膿或成壞疽.然成疽者罕見. 且每一吸時則氣卽入傷腔.然一呼時則傷口緣內陷以阻氣出.致成外科氣腫.有時雖肺未受傷仍不免此弊. 倘傷口闊大.則肺在呼吸時上下搧動於胸膜腔內.對於通於外之裂傷所致之休克.此搧動爲其緊要之一故.

若胸下部被傷.恐心包被累.甚至心亦然.若係槍彈傷尤如此. 膈肌亦或被裂.而腹部之內臟被累及.果膈肌被裂.則腹部之內物或突入胸內而成赫尼亞.後則赫尼亞或成絞窄性.

治法 (甲)對於非通於外之傷.病者宜靜臥於煖室.並用貼膏貼其胸旁.若肋骨因直接暴力而折.且其不齊之端向內刺肺.不宜用貼膏壓其胸壁.恐折骨益入內而肺傷愈重也. 若咯血不止.則宜十分靜臥.且臥式宜水平.胸旁敷冰.兼用麥角注射於皮下.或將麥角,鴉片,硫酸,三者調和服之.若煩燥不安.可多加鴉片.亦可注射乳酸鈣 calcii lactas 於直腸內.最忌激性藥類.恐出血加增或復發也.如此待狀療之.則所積於胸膜腔之血自速凝結而塞肺裂.傷劇者恐至病者甚顯休克時血始停止.此際若注射熱鹽溶液於皮下或靜脈內.足令病者延過此危險之時間而得佳果.

對於治療血胸.須記血滲入胸膜腔內非囫圇凝結.乃因呼吸之運動則血絲沉澱於胸膜壁層及臟層之上而成一層.該層血絲早被機化而束緊其肺.是以血之液體份雖被吸收或放出.

恐肺仍不能舒張至正常之地步.致呼吸之動度不足也. 若血胸所積之血不多.可任其自被吸收.倘不速減少.則須吸出之.若積血多且爲液體性.常須及早吸出.且若有必需.宜再吸出之.所吸出者須用細菌學檢查之.倘已受染.則須開胸除盡腔內之一切. 若積血多且已凝結不能吸出.亦爲開胸之指徵.

若早期施開胸術.其範圍非但僅容置入引流管.亦須截除適宜處之肋骨四吋長.以便置入牽開器.如此開胸其出血若係肋間動脈可縛之.並可完全取出血塊而處理肺之傷處. 此術之施行及善後療法與通於外者同(見下).

對於單純性氣胸多不用外科治法.因積於胸膜腔內之氣速被吸收而肺復原也.倘不被吸收.且呼吸甚難.宜用吸器將氣吸出.或以氯氣換出之. 倘不能吸出.或吸出而復積.肺即不能復原.因胸膜腔內之氣阻隔而不勝其壓力也.須割開胸壁.令病者力吹或力咳之.則氣可由傷口而出.如此則聲門緊閉.亦使好肺之氣入傷肺而令其復張也.

若呼吸暫有滯礙.吸氯氣即可減輕.若呼吸甚難.則宜減血之壓力.俾好肺之血減少.得行其吸氯呼炭之作用也.即每四至六小時服銻酒劑十至十五滴 vin. antimon, 0.60—1.00 與醋酸錏溶液之足劑量. 若病甚急.皮色發紺.恐因窒息而速死.須施刺靜脈放血術於肘處.使血速於流出.則呼吸通利而暫癒矣.然仍須服藥.且施此術二三次方能得充分之效果.

(乙) 對於通於外之傷.若累及肺臟治療頗難.曩昔對於開胸甚爲恐懼.然自歐戰以來有胸廓槍彈傷之許多經驗.是以開胸直接處理肺傷而不懼.洵爲治法之一大進步也. 倘刺傷較大.則空氣自由出入.令其肺萎而搧動.致顯劇烈之呼吸困難及休克. 救急療法即速潔淨其傷口及周圍之皮.遂縫合軟組織或填塞傷口以關閉之.如此則呼吸困難即減少.而血屯積於胸

膜腔內,則其壓力可爲止血之助. 須令病者温煖.飲熱液體品以抵抗其休克.遂送往醫院.

若係槍彈傷.須以X光射線攝影.檢查有無金類碎屑.或折斷肋骨脫下之小塊.對於此則影屏較妙於攝影圖.因胸動甚速故也. 若用此無濟.須以手術繼之.施局部浸潤痲木術或已足.或另用二氯化炭和氯氣以施全身痲醉術. 先將傷口不齊之緣割齊.以取出肋骨脫下之小塊.遂自由割開胸壁.取出血塊及外物.(然須謹愼檢查膈肌與胸壁所成之後間隙.恐重物沉於此間也).再將肺提上而檢查之. 倘肺有撕開之塊須截除之.而後或縫合其遺跡.若祇有淺刺傷則縫合之已足.若爲深刺傷.須先以紗條潔淨之而後縫合. 無論如何必須將肺完全縫合.蓋肺之血供給甚豐富.能自抵制感染也. 遂輕緩檢查鄰件,如心包,膈肌等.倘此等受傷須治理之. 末後將胸壁完全關閉.倘胸膜損失過大而不能縫閉.須於鄰處備一肌片翻轉而代補之.勿用排液管. 胸膜腔內之氣宜吸出之或以氯氣換出之.若有復發性積液亦宜放出之. 若日後感染可隨時排液.

此等重大之事.恐無助手不能施行.然至少須截除傷口不齊之緣,並除出肋骨之脫屑,及損壞之肌肉.且關閉胸壁.倘日後患血胸或感染.則可隨時施吸引術或排液術.

肺赫尼亞 Hernia of the Lung 罕見.乃肺有一部分由胸壁之口突入無恙之皮下. 有時因肋間肌及胸膜扯破.此患忽然而發.亦有因胸壁瘢痕鬆緩而漸致者. 多在第五肋間隙處.亦有時因胸膜頂扯破而見於頸根. 卽爲一圓團.咳嗽或力呼時則增大.停呼則或消無.捫診之則有捻髮音.聽珍之則聞泡雜音.尋常可用特別赫尼亞帶或用墊壓之已足.若仍有碍.須施手術將肺與其粘連物分離.推回胸膜腔內.遂將闊筋膜一片移而植補胸膜之缺口.覆以鄰近肌肉帶蒂之片.

肺脫垂 Prolapse 若肺赫尼亞係通於外傷之併發病.卽名肺脫垂.宜將脫露之肺送回.再縫妥傷口以免其復脫.不然恐被傷口所勒而成壞疽也.若已成壞疽.宜先以線縛而割除之.再縫其傷口.

膿胸 Empyema. 卽胸膜腔內積膿也.或繼急性肺炎而起.(若然或先患單純性胸膜炎).或因外傷所致.其肺常兼患結核病. 有時全胸膜腔俱受累.有時只一部分受累.多在對肺下葉處. 若係腹內化膿而致.則膿積於肺底. 亦有積於肺葉之間者.此甚難診斷. 按細菌學家所查出者.小兒患此病大半因肺炎球菌或兼有鏈球菌所致.成人患此因鏈球菌致者爲最多.

症狀與病徵在此只畧論之.若係胸膜腔全積膿.病者呼吸時患側不動.肋間處向外凸.叩診之有實響.不過祇於鎖骨下有鼓響.聽診之除在脊柱旁或有枝氣管呼吸聲外.餘處皆無呼吸聲.且無語聲震顫.體温較高.呼吸畧難.白血球加多.心及他內臟或被推離本位. 若不施治.則膿漸向外穿.穿破之處多在第五六肋間隙之前份.然亦有穿第二肋間隙者.因間隙之穿血管較大也.若成胸外之膿腫.或瀰漫甚闊.致胸壁與皮之二穿口不相對.

局部膿胸之症狀與上同.然不若是之重.有時居於左側近心包處.故心搏動藉膿傳至胸壁.能見亦能捫之.此名曰搏動性膿胸 Pulsating empyema. 初起則胸膜不大改變.然膜面只有一層淋巴掩蓋之.日久此淋巴漸堅卽成纖維瘢織.表面並生一層肉芽織與他類慢性膿腫之壁無異. 肺萎而向脊柱收縮.在初期肺氣泡不變形.若早將膿吸出.則因肺空氣之壓力卽能復原. 患久者則不然.蓋因胸膜臟層變厚抵抗空氣之壓力.且因肺組織被浸潤而硬化.致有碍於肺之舒張也. 如此雖出盡胸膜腔內之膿.肺仍不能復張.然有下述之天然數法.能補其缺而充實胸膜腔. (甲)心及舒張而長大之肺均突往對側. (乙)腹部內

臟及膈移上.（丙）胸壁凹陷而脊柱凸向好側.（丁）胸膜多生肉芽織.有因此等改變而得瘉者.亦有仍遺留槻膿性膜之腔者.溢膿或漿液乃在乎被混合傳染否.如此則現慢性膿毒病之狀.如杵形指,過長性骨關節病,(見四百六十八面),繼發性貧血等.

診斷 留心觀察病徵則診斷不難.若仍不確.可用合宜之無菌空針刺入試其有膿否.其法先將皮推向上或向下.然後以針刺於某肋骨之上緣.如此則針撤出後乃成瓣形也.

豫後 最要者卽細查所吸出之膿內含何菌.若係肺炎球菌.其膿胸則不甚烈.只在早期將膿吸出或瘉.若係他類釀膿之球菌.則病較劇烈.然吸出其膿亦或可瘉.較急性者須截除肋骨一份以便排液.若係溶血鏈球菌所致尤宜如此.倘有結核桿菌則更重.且混合傳染爲劇烈之倂發患.豫後亦須視病之久否.若爲時不久則大有望.愈久愈少有希望.因肺與胸壁已粘着而肺不易復張也.膿之形色視其所染之菌而異.肺炎球菌者膿黃似乳.且多有血絲性假膜.鏈球菌者膿淡似油.

治法 不可遲延.愈早愈妙.先用吸引術.肺炎球菌所致者用此法或可痊瘉.胸膜腔積液甚多而心移位者此法有用.可令心逐漸復位也.亦可用此術以減日後施迷蒙藥而行大手術之危險.若係小兒雙側膿胸.宜先用此術減其急狀爲施手術之預備.卽將兩側之膿吸出.後開其一側置引流管.越數日再開彼側.

亦有時須施開胸術而放出胸膜腔之內物.爲方便起見卽截除肋骨一份.在孩童尤然.此手術因歐戰所得之經驗.而近今稍有改良.曩昔對於膿胸之手術卽截除肋骨一吋餘.遂開胸膜腔放膿而置入大引流管是也.此手術固佳.然有時割口瘉合甚緩.且遺留一瘻.必再施手術方能全瘉.吾儕業已證明.若不久

引流效果尤佳.蓋胸膜甚有抵抗感染之力.與他漿液膜無異.是以醫士愈能利用其抵抗力愈妙也. 由此觀之.對於膿胸之治療.可分三項而論.

(一)開胸而不排液.即在腋後線截除第五或第六肋骨三四吋長之一段而割開胸膜.遂置入合宜之牽開器.則可詳查全胸膜腔.而除出一般凝固之滲出物及血纖維膜.且揩乾其腔.或輕緩灌洗之. 遂將割口完全縫合.但勿排液.厥後吸出所含之氣.或換以氯氣. 對於多數早期之膿胸而肺仍能運動者.此術甚有效.

(二)開胸而消毒胸膜腔.即如上開胸而潔淨之.但宜待的確證明胸膜腔無毒始行縫合. 對於消毒須施卡雷耳氏法(見五十九面).乃將六至八管置於胸膜腔內.固定以小紗條.隔時灌洗之.即每二小時使病者向好側而臥.將藥液一二英兩灌入.待半小時使病者轉向患側而臥.讓藥液自由流出. 如此行之約十日則胸膜腔無毒矣.始縫合其胸壁.此法之結果亦佳.

(三)開胸而排液.此係曩昔之法.當人未盡能於早期鑒定且及早施手術之際.恐多賴此法. 開全膿胸最適宜之處.即第九肋間隙適在肩胛線之外側. 對於孩童肺炎球菌所致之膿胸恐宜經久排液.開胸在第五或第六肋間隙.適在腋中線之後.大抵畧佳.然除此類膿胸外此處非宜.恐日後必須於背部再開一相對之口.

其法循一肋割一約長一吋半之口.將骨衣解離骨之淺深二面.再用骨剪剪去肋骨一段.至少須長二吋.隨割開胸膜.割口之大足以容指查探腔內.使血絲所成之塊易於除出. 後置大引流管.管長短以僅達胸膜腔爲度.不可深入.初將管縫於皮面免其被吸入胸膜腔內.厥後不縫而以扣針穿過其外端以免之.

灌洗胸膜腔尋常非但無益而且有險.曾有因此而傾命者。約因迷走神經受感染性戟刺也. 但對於慢性且受混合傳染者此法或有益.用時宜謹愼者有四;（一）藥液必無毒.且無戟刺性.（二）藥液勿太冷亦勿太熱.必與體溫相同.（三）藥液射力不可過大致衝胸膜或膈.（四）藥液須有易流出之路.免屯積於胸膜腔內而壓肺也. 至於所用之藥液以百分一之碘酒溶液或千分二之弗拉芬溶液爲合宜.

若早用此類治法可期肺速復張.溢液漸減.傷口不久卽瘉。對於已萎之肺助其舒張.宜操練呼吸,如吹午非氏瓶,或吹樂器,或練印度棒等.以增呼吸之動度及力量.但早期須壓制胸之好側以俾患側得補益.

雖竭力排液,並灌洗,且操練呼吸.然腔仍不瘉合而遺一瘻.則須用厄司蘭德氏手術 Estlander's operation. 卽除去腔之堅固外壁之數肋骨段. 其術卽在腋中綫開一竪口.解離肋骨之衣.按其病勢截除數肋骨之各一段.亦有時必多截之方妙. 隨將瘻管開大.刮胸膜腔內壞死之組織而洗出之.則胸壁卽向內塌.至胸膜之壁層與臟層彼此相貼.遂置引流管用布條纒緊. 又有一法與此法畧同.非但截除肋骨.併肋間組織亦截除之.使皮及皮下組織之片貼於胸膜之臟層. 用此類手術後其胸必成畸形.且所割之胸側軟弱至極.故有將數肋之前後端截除而留其中部令中部塌下者.則胸之骨壁不致大缺. 更有一法.乃剝去萎肺面上變厚之胸膜.令肺仍能復張.倘肺已硬化則此法自無效.亦有用此法致肺受染而患劇烈之炎以至於死者.

胸內之外科 對於此至今未大進步.因胸膜腔開後多有致成氣胸之弊.按生理學家所論.凡開胸膜腔此弊必不能免.然不盡如此者.因胸膜臟層壁層滑而濕潤能密切相貼.故外面之氣壓不易使之相離也. 所開之口若大.或用指探查其胸膜

腔必致成氣胸.甚有妨害.或致傾命.欲免此患.須於開胸時用法使肺泡內之氣壓畧大於胸膜腔內之氣壓方可.其法有二:

(一)掃耳布什氏閣法 Sauerbruch's chamber. 此係一不透氣之小室.其大小足容醫士及副手與病者之身.病者之頭露於閣外.頸處繞以橡皮領.閣中之光能使適宜.凡所用之器具均置於內.將門窗閉嚴.隨用吸器吸出其中之氣.俾氣壓力減小.尙不致醫士及副手難堪.然足使所露之肺不至受壓而塌陷也.

(二)氣管內吹入法 Intratracheal insufflation. 以增肺泡內之氣壓力.用近來所製之醚吹入器卽成.如厄勒司孛氏器 Elsberg's apparatus. 其壓力之大小勿過十至十二粍汞之壓力.此法較上更易.其效亦同.

肺切開術 Pneumotomy. 此術之爲用不一.其效果亦不同.

(一)肺結核窩.此術無大用.蓋其窩多在肺尖本自易於引流,且用此術不能斷根,亦因病者甚軟弱恐施術所致之休克反速其死. 若窩居於肺之下部難自引流此術或有用.然此等窩鑑定頗難. (二)枝氣管擴張.此術亦無大益.因擴張不常爲一處也. 惟臭液甚多而難咳出者.用此術或效. (三)肺壞疽與肺膿腫.此多繼衰弱之人患急性膿性肺炎而起.所咳之痰多而極臭.按此患平常在肺之下部.欲鑑定其在何處.可用聽診法及用空針探之. 對於此病施肺切開術有時見效.但膿腫若係膿毒血病性且或非單獨性.此術非宜. (四)肺包蟲病.對於此施肺切開術及引流法.其死率較昔甚減.用之最宜. (五)包繞的外物.如槍彈等.施此切開術者少.

施此術之技.首要者乃鑒定病在何處.卽細查其症狀.並用X光線攝影及空針探之.後則割一口.截除一或二三肋之一部分. 若肺已粘於胸壁且無收縮之勢.卽可立施此術不必待時.然若未粘胸壁.則用紗條塞滿傷口二三日.俾傷口緣之胸壁

與肺粘貼.將胸膜腔隔斷.亦有將胸膜之臟壁二層縫合以免肺塌陷者. 開肺之法.即用瘻管鑷隨探針入肺將鑷展開.或用烙器烙開以放肺膿腫或他窩之膿.再置引流管. 但無庸刮之.亦不可灌洗.蓋恐窩與較大之枝氣管相通也. 倘內有外物而未感染.用合宜之鑷將肺提上而割開之則無妨害.但以後須完全縫合其割口.

肺截除術 Pneumectomy. 曾有醫士用此手術以治肺尖之結核.然此舉甚無理.蓋結核果只限於肺尖.用全身療法大半即可痊癒.若徧延於全肺.即無法截除病根. 亦有人用此術治肺原發性惡性瘤.然惡性瘤多在肺中部.在早期診斷亦甚不易.是以不可冒昧截除.

(甲) 限局性損傷.須截除損傷之份.以貓腸線縫合其缺口. (乙) 肺赫尼亞突出小口被絞窄而不能復回者.應先刺穿其根而縛之.後截除其突份. (丙) 肋骨之惡性瘤蔓延至肺之淺份者.應以剪剪除肺之患份.用烙器,或縛線,或塡塞之,以止出血.

人工氣胸 Artificial Pneumothorax. 以此法治肺結核.曾經屢昔多次試驗.而近今成爲甚有價值之實用法. 其法即將已潔淨之氫氣放入胸膜腔內.初用少量.後漸加增.直至全肺塌陷而被壓.如此則肺得休息. 應施此法之指徵如下: (甲) 經用妥善全身療法而無效者. (乙) 屢患劇烈之咯血者. (丙) 經用全身療法雖有效而遺留多溢膿之窩者. 不應施此法之指徵: (甲) 對側之肺多受累. (乙) 他器官患結核或劇烈之病. (丙) 年逾六旬者. 施手術之技須參觀內科書.

心之創傷 WOUNDS OF THE HEART

心受創傷 兼大血管受傷者常多致命.或立時或逾數小時而死.此無庸詳論.然其傷可分爲兩種.即非通於外及通於

外是也. 非通於外者.即胸部受大壓力.至碎其心前面之骨而刺及心者.強半不能施外科治法. 通於外者.(居十分之九).近來被外科妙手而治瘉者在醫學報告已數見之.其受傷之處多見於右心室.而左心房則最少.傷在左右心房較傷在左右心室者更險.因心室肌較厚可自止其出血也. 其豫後佳否.則在乎傷口如何.若係小劍等刺傷.較之別種傷最有望.其致死之故.或因心之搏動忽然停止.或因出血入心包內壓止動機.或因內出血或外出血過多等. 若不至立死.即現休克,衰竭,心搏極弱或紊亂,胸內極痛,呼吸困難,脈搏細弱至不能捫,隨或成膿性心包炎.

治法.病者切勿燥動.仰臥於床.頭畧低.待至決定其病應施手術與否. 若不應施手術則其傷之外口宜洗至極淨.切不可用指或探針入內探察.恐觸去其傷處之血塊致血再出也. 若應施手術.則先細心用迷蒙藥以免轉動.後在胸壁開一合宜之口.使成含第四五兩肋骨或軟骨一份之瓣形片爲妙.將片翻上.隨敞開心包.輕輕探察心之傷口.若傷口有血猛烈噴出.可將一指或兩指入心室內制止之. 在心舒時用深縫術縫合心肌.有時必另縛冠狀動脈之某枝. 但吾人當知曾在報告中有數人其心受傷不醫自瘉.且活至數年之久.

心包積液 Effusion into the Pericardium. 任係漿液性或膿性.或必用外科治法以減壓力所致之心力衰竭狀. 心包既已張滿則推兩側之肺及胸膜分向二側.且心包向上膨脹而提心底往上.且心尖畧轉向前.如此則心包無胸膜遮蓋之份較闊.是以可用套管或吸引器在第五肋間隙挨近胸骨左緣處刺入心包.亦可在第四或第五肋間隙距胸骨左緣一吋半處刺入.因乳房內動脈離胸骨半寸遠.如此可免傷之也.有時可由胸骨之右側爲之.

若係膿性心包炎.必開一口以置引流管引膿流出.先截除第四或第五肋軟骨以露明心包.繼則割開洗出其膿.後再置引流管.施此法最宜小心者乃防菌染入縱隔障組織.欲免此弊.須於未開心包之先將心包縫於胸壁方可. 若於胸骨下角處開口.置引流管更便.其法即在胸骨劍突及第七肋軟骨之間割過左腹直肌.若截除第七肋軟骨亦可.隨將腹膜壓下.且做開膈肌之胸端與肋端間之間隙.則現露心包最低之份.以便置入引流管.但病者必墊背坐於牀上.

心鬆解術 Cardiolysis. 此術乃將心前之硬胸壁截除一塊而祇留軟胸壁也.嘗有因粘着性縱隔障心包炎.致心粘貼於胸壁阻碍心動.用此術減輕其症狀者.亦有因心瓣有病致心過長太甚而用此術者. 所截除之塊即第三四五左肋軟骨及肋骨端.或另截除胸骨少許.若能將軟骨衣一併截除固善.但有時因該衣曾發粘着性炎而粘連其下之組織不能截除.恐傷其所粘連者也.

窒息 ASPHYXIA

窒息又名呼吸暫停 Apnœa. 此指呼吸被阻碍或停止而言也.若阻碍不甚.則名曰呼吸困難 Dyspnea. 甚者須起坐始能呼吸.則名端坐呼吸 orthopnea.

原因 (一)因有異常之物阻於呼吸道中.如外物,或動脈瘤崩入之血塊,或膿腫穿入之膿,或肺水腫之漿液,或枝氣管炎之粘液或粘液性膿,或肺炎所致之疑固滲出液,或白喉病之膜,或不可呼吸之氣(如氰,氫,二氯化炭等)等. 投水而死者亦屬此類.因呼吸道充滿以水也.

(二)呼吸道壁有病致道較窄於常. 如呼吸道發炎而充血,或聲門水腫,或瘢痕致其道狹窄,或生瘤,或自刎而喉失其原位,或截除舌之前部而後部縮後等.

(三)呼吸道外之故.在頸部者.如自縊,被勒等.或為外瘤所壓,如甲狀腺腫,動脈瘤,咽後膿腫等.更有鎖骨胸端脫位向後而壓喉者.然罕見. 在胸部者如胸內生腫瘤,或動脈瘤,或心包積液,或胸膜積液等,漸壓呼吸道.

（四）關於神經系統之故.如因動脈瘤.或神經幹上生腫瘤等周圍神經系之損害,或脊髓上段抑延髓等中央神經系之損害,二者所致之喉癱,喉痙攣,或膈癱是也.

（五）有多種心病其血緩運幾至肺充血.而二氯化炭漸難呼出.以致呼吸困難,端坐呼吸,甚至窒息.

治法　以上各原因之治法.頗難詳細討論.今所論者惟普通之治法而已.　首查致病之原及起病之急慢.病勢由漸而加甚者多由胸內病所致.調治極難.病卒然而至者則須解上身之衣以驗有無傷害.繼則張開其口.將舌拖出.以指探入喉門驗是否有物阻於呼吸道中.　更須遷移病者至清氣充足之處.用人工呼吸法救之.若欲激其呼吸用冷熱二水輪流沖胸部.或用電器將此極置於頸彼極置於腹上激其膈神經均可.初起以氯代空氣亦甚有效.若病由心之右部脹大而致.用靜脈切開術最效.　若喉為物阻,或氣管內外有物壓之.則須用氣管切開術或喉插筒術.

人工呼吸法 Artificial Respiration.　此法對於多種外科病均須用之.常用者為錫氏 Sylvester 法.即令病者仰臥於床.肩下墊以枕.張開其口.將舌拖出.醫者以兩手緊握病者兩臂之肘關節上.隨即上提兩臂過於頭頂.使其胸開展歷二秒鐘之久.後則推下兩臂力壓其肋使氣呼出.待二秒鐘再如法行之.如此持續施行.以一分鐘行十五次為度.醫者切不可用力過猛及太速.若不適中恐有損而無益也.　又有較上稍遜之一法.醫者以二手按病者胸之下部及腹.以壓出肺內之氣.遂忽然撤開兩手使胸忽然自復.則清氣可因之而入.

溺水將死者之治法　須即時清理其人之呼吸道.蓋人溺水時必跳躍輾轉.則水入其氣管.與粘液並痰涎及血和勻變而為沫.若欲將此等沫排出甚為不易.必須令其人俯臥.醫者以兩手壓其背而漸擠出之.且兼用人工呼吸法.是以錫氏法非合宜也.　最合宜者乃包氏 Bowles 所發明之法.茲將該氏所備之圖及講解之詞錄之於下.須就本地立時救之.鬆解其衣服.醫者須跪下使之右臥.以清理其口及咽門.若呼吸已停.即在口下鋪一手巾而依以下各級行之.（一）令病者腹貼於地.醫者展

開己之兩手輕壓兩肋之後部.歷三四秒鐘之久.擠出其沫並水及不潔之氣.(第三百五十二圖)後則忽然撤離兩手.使清氣因胸之自復力而入.隨則行第二級. (二)醫者以右手緊握左肩.左手握左腕貼近臗部.緩緩將其人轉近醫者使之右臥.如是行之祇需二秒鐘之時間.(第三百五十三圖). 第一二級輪流施行至十分鐘或畧久.待其沫或別種液體漸漸流出始行第三級.

(三)每次轉其人右臥.提左手過頭與身成一直綫.此級能使胸尤開展.且能令清氣入左肺之上份也.(第三百五十四圖).後則復回臂於原處.遂令俯臥如前.再從第一級行至第三級.如此循環歷一小時之久.或直至能自行呼吸爲止. 轉其人須常令右臥.切勿左臥.尤不可仰臥.屢拭去口或鼻之粘沫. 必使頸直.不可任頦貼近於胸.無庸兼顧其頭.亦不致有傷於面.蓋其面常側貼於地.以便涎沫自行流出也.

第三十四章

乳房病

DISEASES OF THE BREAST

先天畸形 Congenital Malformations. 所見之數過乎所料。有時有一副乳房或較多.位於正常乳房之上或下.亦或生於腋部或股外側或他處.多係發育不全之始基.有能生乳者. 有兩乳房俱無者.然甚罕見。 男子之乳房有時長大似處女乳房.此等乳房少能生乳.因其長大乃係間質過長所致.然亦有生乳者。或兼生殖器發長不全.

瀰漫性乳房肥大 Diffuse Hypertrophy. (第三百五十五圖). 此係主質及間質均過長.故乳房甚硬.在一乳房或兩乳房。惟在一乳房者較多.多見於青年人.其形之大小不一.最大者坐時可垂至膝.每不覺痛.或畧有神經性痛.乳房之作用盡失.雖受孕亦少有生乳者.原因今尙未悉.無法能治.然若過大有碍祇可截除之而已。

乳頭病 AFFECTIONS OF NIPPLE

乳頭裂 Fissures of Nipple. 常見於授乳期.多因乳頭之皮柔嫩及不潔淨所致.若於臨產之前數星期以醇洗之.使乳頭之皮堅硬.或可免此患。 夫乳頭致裂之誘因.乃嬰兒食乳後不拭乾潔致乳頭上皮之淺層浸潰而脫落.則下層柔嫩之上皮常被嬰兒所吮.受戟刺而發炎.於是授乳時則痛.若仍授乳則炎或由

輸乳管或淋巴管而延入乳房.或循淺林巴管直延至腋淋巴腺.

治法. 最善者乃於授乳後以稀釋抗菌溶液(如硼酸)洗乳頭.洗畢卽速拭乾免致裂患.若乳頭覺有痛楚.則於不授乳時以硼酸粉和麵撒於乳頭上. 若已破裂則須敷以凉皮藥或抗菌藥.(如醋酸鉛或硼酸溶液).有時宜用畧有激性藥,如硫酸銅或氰酸銀等溶液.亦有喜用甘油與亞硫酸各等分者.

乳頭濕疹 Eczema of Nipple. 此患係單純性.用尋常治法卽可痊癒.然亦間有變成怕哲忒氏病 Paget's disease 者.該氏病約起於乳頭面之腺導管口之上皮裏膜.其上皮生長不多.然可見上皮細胞內之核分裂.深組織漸被累及.乳腺體內同時生癌.該癌之誘因或與怕氏病同.或因該病梗阻乳腺管而戟刺之.該病之形式視所累之上皮而異.或爲柱狀上皮性.或爲腺泡性. 此病罕見於他處.然間或生於腹壁. 呈現光滑色紅之肉芽面.滲出黃色之粘性液.間或延過乳頭暈甚闊.肉芽面甚平致乳頭之突狀被埋沒. 不累及淋巴腺.然同患之乳腺癌則累及之. 局部療法無效.一鑒定爲此病.卽須截除全乳房及腋林巴腺.

乳頭暈膿腫 Abscess of the Areola. 十三四歲之女童多患之.生於皮脂腺內.無庸詳論.

乳頭下疳 罕見於有梅毒嬰兒之生母.(見一百十九面).惟常見於其乳母.成極淺之潰瘍.瘍緣高而顯明且硬化.有時左右乳頭同患.

原發性乳頭瘤 有時生乳頭狀瘤,皮脂囊腫,上皮癌等.

乳房炎性病 INFLAMMATORY AFFECTIONS OF THE BREAST

急性乳房炎 Acute Mastitis. 最常見於產後之婦因產後乳腺忽行其作用.且於授乳期間作用不停也. 多起於乳頭潰

瘍或裂.則膿菌由之而入淋巴管或腺泡. 若菌入淋巴管.其炎約爲間質性.則膿遍佈於乳腺葉之間.若菌入腺泡.則炎多在泡內. 若非產後之婦.或因乳房受傷,或膿毒血病而致.患流行性腮腺炎.腫勢退後有時其炎遷移於乳房. 十三四歲之女童.有時乳房及乳頭暈起亞急性炎.甚至化膿. 初生之嬰兒亦有起乳房炎而化膿者.此或因其經過母陰道時有菌入輸乳管所致也. 每有初生之嬰兒乳房因充血而略腫大.

徵狀 乳房腫大而甚痛.捫之則覺乳腺葉脹硬.乳亦減少.若因乳房疼痛而不能令兒吮盡其乳.致存積於內則更痛. 若化膿則皮紅而水腫. 乳房急性膿腫可按其膿之所在分爲三種:(一)乳房前膿腫.即皮下組織或乳頭下積膿也.此膿腫常不通乳腺.或祇起於腺淺葉.其膿非向內深入.乃甚易向外穿出. (二)乳房內膿腫.較其餘二種多見.起於乳腺葉內或葉間之蜂窩織.蔓延於乳房甚闊.故常有數出膿之孔.若係甚急性,或該婦虛弱,或治理不善,恐變成瘻瘡. (三)乳房後膿腫.其膿積於乳腺後之蜂窩織或起於乳腺深葉.然多起於附近之肋骨或肋軟骨.又或起於蜂窩織炎.故患之者乳腺被膿推出而浮於膿上.且膿多由乳房之四旁穿出.惟由乳房之下外面而出者最常見.

患乳房炎者.多係貧血及虛弱之婦.縱爲輕類亦有發熱及欠爽之狀.化膿時則尤甚.一則因痛.一則因菌毒被吸收也.

治法 在早期須以帶托起乳房.且裹臂於胸際.以休息乳房下之胸大肌.再敷以熱濕布.若因積乳而脹痛可用吸乳器吸出之.內服瀉藥以利大便.須用有益及易消化之食品.並用激刺藥及補藥類.(如鐵劑及奎寧類).然總以少用爲宜. 急期過後可用溫油或貝拉朵那膏劑輕輕抹之.若有化膿之趨勢.則以恆濕熱布敷之.至顯波動爲度.切不可容其膿穿入敷布內.恐有菌乘之而入.致成慢性化膿而遺留多瘻.是以須甚注重消毒.若查

其內有膿即開一口以放之. 若係乳房前膿腫.任何處均可開口.因膿居腺組織淺面也. 若係乳房內膿腫.須從乳頭開一或數放射線口.其大者須能容一指.以便敞開腺內膿袋暫置一大引流管.每日洗時將此管漸次剪去至盡爲止.若口必須開在乳頭上.亦宜於乳頭下開一相對之口以便其膿易於流出. 此種治法功效甚著.乳房之恢復甚速.癒之瘢痕亦甚輕. 若係乳房後膿腫.雖在乳房之下外處開口較佳.然他處有膿欲穿出者則開之亦無不可.

膿腫穿破後若遺有瘻.須將瘻口開大刮淨瘻壁.並完全消毒.較深大之瘻須以紗布塞之.俾其生長肉芽而漸癒.亦須將臂裹諸胸際.

慢性乳房炎 Chronic Mastitis 有二種.一限於乳腺之一葉.名慢性乳腺大葉炎.一限於乳腺之小葉及間質.名慢性乳腺小葉炎,或慢性乳腺間質炎.

(一)慢性乳腺大葉炎 Chronic Lobar Mastitis. 此非罕見.多因於授乳後乳腺未完全復舊.或受擊及握傷所致.多見於少婦.亦有繼未化膿之急性炎或亞急性炎而起者. 檢查乳腺則見一葉或數葉增大.有時甚痛.捫之有觸痛.其痛係神經性痛類.於經期尤甚.雖此病無甚關要.然時令病者因此而懷憂. 治法.宜以裹帶托起乳房而固定其臂.俾之安息.可以貝拉朵那軟膏抹之.或以該藥之硬膏貼之.

(二)慢性乳腺小葉炎或名慢性乳腺間質炎 Chronic Lobular or Interstitial Mastitis. 多見於乳房小或萎縮之婦.每在將及經絕期或已過經絕期.未嫁之青年處女亦間有之.大約累及一乳房或兩乳房之全體.僅一乳房之一部分受累者亦或有之.致人誤認爲惡性瘤.

病理解剖 乳腺之結締織延佈過長且漸厚而硬.上皮細胞亦並增生.致腺泡盛滿乾酪樣或稠凝之質.此質可擠出.出時如線.色灰黃或綠黃. 常有囊腫生於腺組織之內.其故半因所增生之上皮細胞液化.半因漿液滲入腺泡內.被間質所閉塞而不得出也.囊腫內之液澄清.色黃而濁者亦有之.此因有血混雜之故.惟囊內不見何贅生物.尋常囊爲多數性.散佈於乳腺組織內.但每微小。且無關重要.然有時其中有一囊較大.甚似眞瘤.若有增厚之腺組織遮之尤然.

症狀 初期人每不覺.至已成結節形且硬化而甚痛之腫團則始知. 乳房或顯畧大.乳頭或顯畧縮.此因乳腺之間質收縮所致也.乳頭或流漿液少許. 罕有皮與腫團黏連者.腋之淋巴腺亦或增大.且有觸痛.惟不堅硬. 細察其乳房.則知此患罕限於一定之方位.雖或一部分較大.然捫全乳房均有結節.間或對側之乳房亦然.亦可查明多數小而圓之彈力性處.卽囊腫也.有時痛不甚劇.但亦有痛爲顯然之狀.乃係神經性痛類.至經期則尤甚.

若聽之而不療治.或歷數年無改變.或逐漸自瘉.然強半病勢進行而成下三結果之一:(甲)全乳腺萎縮.卽乳腺收縮且硬化而成多小結. (乙)全乳腺囊腫性變.較多見.卽全腺成爲多數囊腫.各囊藏於密切之結締織內. (丙)變爲癌.此問題尙未決定.然吾人已知某器官,如乳房,若常被戟刺則易成癌.在經絕期則尤易.

診斷 有時甚易.惟其狀或與硬性癌相似.其鑒別之要點列下:(一)全乳腺皆受累. (二)對側乳腺常有同樣之患. (三)腋淋巴腺增大較少見.然總不及患癌者增大之甚且硬. (四)皮與腫團約不相粘着. (五)腫團與胸肌上筋膜不相粘着.亦不似硬性癌之堅硬如石. (六)較癌患瀰漫尤廣. (七)

以掌平捫之不覺有腫團.其硬組織邊隱沒於附近組織之內.癌則大異乎此.以掌平捫之極易捫出.對於炎性腫團亦可捫出數彈力性小囊. 此患有與癌同時發見者.若有所疑則須用探察切開術.割下組織一片以顯微鏡察之最爲可恃.

治法 在初期且病者爲少婦.則可擦以安撫劑.如貝拉朵那藥等.用法托起乳房.且免上身衣帶之戟刺.亦可用緊壓法.如貼以合口膏或有效.且內服碘化鉀.若有顯然之腫團或有多數囊腫.病者常爲此懷憂.則以截除患份或截除全乳房爲妙.對於有家族癌性病歷者尤須截除全乳房.

限局性或包繞性慢性膿腫 Localised or Encysted Chronic Abscess. 多見於孕婦.繼瀦溜囊腫 retention cyst 及殘餘囊腫 residual cyst 而起.始則乳腺內有一硬團.逐漸軟化至有波動狀.然若膿腫壁過厚則不現波動.但乳頭常縮入.腋淋巴腺或增大. 每誤認爲腫瘤.其鑒別乃膿腫無一定之界限.細察之則覺患區之中點有彈力性.且不如四圍之堅實.而腫瘤則反是.乃中點較四圍堅實也. 若有所疑可以槽針探之.或用探察切開術.則鑒定治療兩得矣.

乳腺瀰漫性結核病 此非罕見.乳腺泡間生許多乾酪樣性結節.迨已化膿則向各處皮面穿出.致遍乳房有溢乾酪樣膿之瘻. 或兼有肺結核病.或腋林巴腺有繼發性結核.間或乳腺反繼腋林巴腺而生結核. 治法.將瘻割開而刮淨之.若結核性病竄現於乳房多處.或截除全乳房爲妙.

有繼肋骨或肋軟骨結核而患慢性結核性乳房後膿腫者.進行甚緩.乳房被推而漸凸.診斷固非甚難.然其原因非探察而切開則不能知. 治法.須開一大口將膿腫壁刮淨而消毒.且處理病骨.

乳腺梅毒病 第一期之下疳有時見於乳頭.上已言之矣. 第二期之粘液性結節及濕疣.亦或見於乳頭.或見於垂下乳房之後面. 至於第三期之樹膠樣腫.乃見於乳房之淺處或深處.然甚罕見.

乳房囊腫 CYSTS OF THE BREAST

按乳房之構造乃多數輸乳管及腺泡所組成.且有甚復雜之淋巴管散佈於其內.故囊腫性變自分數種.茲將其重要者論於下:

(一)**腺泡囊腫**或名**瀦溜囊腫** Acinous or Retention Cysts. 原因乃乳腺內之管或小葉被阻致分泌物瀦溜而不能出也.此常見於產後時期.則名乳腺囊腫 galactocele. 多由乳頭發炎腫脹,輸乳管受壓,乳汁變濃,致有一圓團發現於乳頭之附近.囊腫之壁襯以立方上皮.外繞一層纖維織.患之愈久此層愈厚.甚久者則該層變爲甚密切.致乳頭縮入而皮成皺襞.與硬性癌酷似.治理此病須將囊腫截除或排出其液.

慢性乳腺間質炎亦有時致同類之腺泡囊腫.若在中年以下之婦人.則名退化性囊腫 involution cysts. 倘日久不瘉則致全乳房有囊腫性變.

瀦溜囊腫亦有因乳頭受戟刺而致者.如年少未孕之婦常令小兒吮其乳頭是也. 亦有壯健之處女乳腺發育之能力過強.不受戟刺亦或患此. 乳腺增大.上皮細胞增生.且分泌稀釋漿液.因液不能盡行流出致乳腺小葉膨脹.此可名刺激性囊腫.此患有時自行消散.但有人報告有一婦人患此.至再懷孕時腫團始消.有時患此者則乳房繼發慢性間質炎. 亦有因乳房某瘤,如輸乳管乳頭狀瘤,輸乳管癌,或囊腺瘤等,致輸乳管或腺小葉成囊腫性膨脹者.囊腺瘤性者囊內之瘤常出血.致乳頭亦溢出帶血之質. 有時硬性癌由腺泡囊腫之壁而發.

凡患潴溜囊腫者.擠壓之多有液自乳頭流出.

(二)腺泡間囊腫 Interacinous Cysts. 由乳房間質而起.

(甲)漿液囊腫 Serous Cysts. 由淋巴間隙擴張而成.有單房與多房之分.然以多房者為多見.內面襯一層光滑之內皮.含有漿液或帶血少許.若患之已久則含有可誄司特林. 因囊腫生於腺泡間與輸乳管無關.故任何時無液由乳頭溢出.且囊腫內不生贅生物. 此種囊腫常為結締織所包裹.有時結締織變至甚厚且密.間或由皮下凸出.若其壁不厚則有波動狀.或半透明.

診斷 若囊腫之壁過厚甚似硬性癌.則診斷頗為不易.但此囊腫與腺組織相連.多居腺之深部.以指細按之則覺有彈力性.與硬性癌之堅硬如石者極不相似.且乳頭不縮入.腋淋巴腺不增大.平常亦不覺痛. 診斷時若有所疑.可插入槽針或切開探察之.所開之口深度須足敷割透腫團.免誤認纖維壁甚厚之囊腫為實體瘤也.

治法 可將瘤割開.排盡其內之液.然最善乃完全截除之.

(乙)包蟲囊腫 Hydatid Cysts. 有時生於乳房.其狀與他處所生之包蟲囊腫相似.(見一百五十七面).

(三)有時囊腫繼癌或肉腫瘤而起.繼癌者乃因組織壞變而致.繼肉腫瘤者乃因血滲瘤內而致.

(四)皮樣囊腫 Dermoid Cysts. 有人謂乳房亦生此種囊腫.究之約為乳腺囊腫.

乳房瘤 TUMORS OF THE BREAST

醫者對於乳房腫瘤切不可冒昧診斷.必須小心檢察方可决定.凡患者之年齡,及已往之病歷,並家族歷史,皆須逐一細察.

患良性瘤較患惡性瘤者年齡常少.患肉瘤較患癌者亦然.且瘤有時爲遺傳性. 亦須查瘤自何時始覺,並瘤於經期時有無變態.且注意病者之狀態及痛否.其痛是否限於局部.是否係神經痛.有時人患乳房病覺痛在肩而不在乳房.蓋第二肋間神經之前枝達乳房,而後枝則司肩部也. 遂將病乳房與其無病者兩相比較.以視有無異同.最當注意者則細視皮有無凹處或凸起之團,或全乳房凸起,及乳頭之形狀並地位. 後則以掌捫乳房及以指尖細按之.若僅以指捻之恐易致錯誤也. 又須察瘤與乳房有何關涉,及瘤之形狀輭硬,與有無波動,並瘤能否移動,且連於淺面或深面或周圍否.是以高舉臂過頭俾胸大肌之肌纖維伸張.除瘤固定於胸壁外則乳房每能橫經胸大肌之纖維而動.然若瘤已侵入該肌或肌上面之筋膜.則循該肌纖維之動度有阻碍. 終則細察腋淋巴腺.若仍有所疑.則須察鎖骨上之淋巴腺及對側乳房與腋.

凡生於乳房之瘤可分三要類.卽腺瘤,肉瘤,及癌,是也.此外尙有數種.如脂肪瘤,纖維瘤,軟骨瘤,骨瘤等皆是.然均罕見.不必詳論.

乳房腺瘤 Adenoma. 乃乳房良性瘤中之最常見者.分小管內小管周圍二種.均有內襯上皮之間隙.但上皮總不透過基底膜. 小管周圍者 pericanalicular. 腺泡間之間質增多.然泡雖較窄而其腔仍通.細胞性浸潤,上皮增生性過長,囊性改變,均屬此種中之常見者.此種瘤卽曩昔所謂纖維腺瘤是.按其間質之性情可分軟硬二類. 小管內者 intracanalicular. 上皮下之細胞性纖維織甚增多.突入泡內儼若乳頭狀塊.致泡腔不通而成囊腫.其原有之纖維間質無改變.或爲容增大之腺泡而稍緊張.此卽曩昔所謂囊腺瘤是. 有時小管內之贅生物甚大.穿出皮而成蕈狀.然實非惡性瘤. 有時二種同時發出.

硬性纖維腺瘤 Hard Fibro-adenoma 或名小管周圍腺瘤 Pericanalicular Adenoma. 此爲三十歲以前之婦最常見之瘤。自謂因乳房受擊或受壓而致.約無可疑. 係圓或橢圓之腫團。若生於淺處則移動甚易.恍如浮於乳房內。(第三百五十六圖)。若生於深處雖亦能移動.究不似淺者之明顯。有於一乳房生多數瘤者. 此種腺瘤強半堅實.且有彈力性.舒長甚緩.或不覺痛。惟在貧血而腦力不穩之之婦人或甚覺痛.於經期時尤甚. 若非兼有他患.則腋淋巴腺不增大.乳頭亦不縮入.因瘤與乳頭不相連也.且瘤之皮亦不皺縮.病者若非兼有貧血則壯健如常.若割開瘤則見色灰白.遇空氣則變爲粉紅.組織如多葉向心而捲.因其爲多數葉連貼而成也。瘤之切面若以小刀刮之則不見有汁.但以重力擠之則有少許膠性或粘液性之濃汁流出. 瘤體除在一處有血管延入使其連於腺組織外.餘皆有顯然之膜包圍.

診斷 對於以上形狀若能了然於心目中則不難診斷.腺瘤與慢性乳腺間質炎及漿液囊腫之鑒別.蓋腺瘤爲限局性.易於移動也.與惡性瘤之鑒別.乃腺瘤生長極緩.且與附近之組織並皮皆不相粘着也.

治法 宜將瘤截除.卽自乳頭旁離中點而向外割一口.深至瘤之包膜而止.隨以刀將瘤附近之組織割離而挖出.若瘤生於乳腺之上半及深處.則須在乳房下割一新月形之口.將乳腺翻上.由乳腺深面挖出.如此則瘉後之割痕將爲乳房所蓋而不顯也.

輭性纖維腺瘤 Soft Fibro-adenoma. 此瘤罕見.其不同於硬性者,因生長速而組織不硬,並間質畧爲胎胚性.故有時誤名此種瘤爲腺肉瘤也. 多見於少婦.較患癌者年齡小.(卽二十五至三十五歲). 初起則爲限局性腫團.生長甚速.或繼偶然停

止後仍速長之硬性纖維腺瘤而起.但自始至終皆有膜包圍.迨長大則乳腺之主質被壓致腺萎縮. 瘤體軟而有彈力性.易於移動.大抵不痛.覆蓋瘤上之皮仍完好如常.倘瘤長大則皮或緊張而萎縮.然乳頭並不縮入.腋淋巴腺不受累.他處亦不生繼發性瘤. 將瘤剖開視之.其狀猶如硬性纖維腺瘤.然其中常有囊腫.且有數處現粘液性軟化.此種瘤甚易完全截除.亦不復發.

囊腺瘤 Cysto-adenoma 又名**小管內腺瘤** Intracanalicular Adenoma. 特狀即贅生物增長於新腺組織所含之膨脹腺泡或小管內也.此種瘤有膜包圍.乳腺之眞組織或被壓而萎縮.瘤內常有數囊.其體或甚大. 囊內所生之物多少無定.有時成一大團.或成較小而有蒂之數團.內含血管甚多.故常有血入囊內.且乳頭或有帶血之液溢出. 因瘤內之囊凸起.故瘤面高低不平.(第三百五十七圖).約不覺痛.腋淋巴腺亦不增大.若瘤長大.則有青色靜脈經過其面. 至後期瘤之包膜漸粘於皮.終則壓力增大致皮暴裂而瘤突出.久則瘤漸成蕈狀.甚易出血.所突出者極臭.若小心以探針探之可探入皮與瘤之間.因皮與瘤殊不相連也.由此可知此瘤與蕈狀軟性癌之分別矣. 此種瘤殊非惡性.亦不播散.故可完全截除而不慮其復發.在初期可獨截除瘤.不必截除全乳房.至後期莫如完全截除乳房.

更有一類輸乳管乳頭狀瘤 duct papilloma. 與上所論者甚似.其特狀即不甚大之軟息肉性乳頭狀塊長入某輸乳管末端之內致管膨脹.乳頭雖被推出而突起.然瘤常不易捫出.惟見乳頭溢出帶血之液而已. 此患每爲輸乳管癌之前驅.故須截除全乳房.然亦有時可祇截除瘤.

乳房肉瘤 此非常見.在一般乳房瘤中只居百分之二至百分之八. 由乳腺結締織之深處而生.多在乳房之上外部.可總分爲二類: (甲) 圓細胞肉瘤.乃爲一輭而有彈力性之團.

生長極速.初起雖爲筋膜所包.然遲早筋膜必破.致瘤蔓延於全乳房.或致腋淋巴腺生繼發性瘤.或隨血管佈散於全身. 瘤內常有粘液性變.其速長而復發者究係粘液肉瘤種.多在三四十歲之間.較之生硬性癌者爲早.與硬性癌之鑒別.乃生長甚速.乳頭不縮.皮不皺縮也。若病者受孕.則瘤或速發大非常.若係侵入性類.除以顯微鏡檢察外.與軟性癌甚難鑒別. (乙)梭狀細胞肉瘤.又名纖維肉瘤.亦見於乳房.爲圓形或卵形.較之圓細胞類有限制.生長亦畧緩.與腺瘤畧似.但其連於腺組織較甚於腺瘤.腋淋巴腺亦罕被累. 按其組織之構造,及甚有復發之趨勢,可爲鑒定係肉瘤之證據.復發之間歇期逐次較短.瘤亦較輭而血管亦較多.然亦有經截除數次而有漸發漸輕之勢者.

治法 即截除全乳房及液淋巴腺.愈早愈妙.

乳房癌 CANCER OF THE BREAST

婦女之器官除子宮外.以乳房生癌爲最常.而男子亦有患乳房癌者.然以婦女較之只百分之一耳.

原因 多生在四十歲以外.然年少者亦或有之.無關於曾經生產與否,及授乳於嬰孩與否.生於左乳房較右乳房者多.有謂由外傷而致者.如受擊打及擠壓等是也. 或兼有怕哲忒氏乳頭病 Paget's disease or eczema. 慢性乳腺間質炎亦或爲此患之前驅. 由遺傳而致之問題至今尙難解決.雖有時實有遺傳病歷.然強半無之. 此癌可分二大類.即圓細胞腺泡癌(急性及所謂成硬性之慢性者皆屬此類)及輸乳管癌是也.此二類均可有膠樣變.然甚罕見之.

(一)**圓細胞腺泡癌** Spheroid-celled Acinous Cancer. 乳房癌屬此種者爲多.急性與硬性之分.按臨診論則在生長之緩急及體之輭硬.按病理論在乎纖維織之多少.

(甲)**硬性癌** Scirrhus. 初起多在乳房之上外部.係一限局性硬團.與乳腺組織相連.捫其四周則硬團之界限亦不顯然.在早期癌體與皮絕不連屬.故蓋癌之皮移動甚易.後則纖維織收縮而牽乳腺與皮相連之繫韌帶.由此則皮稍固定.故移動癌時則皮顯皺紋. 癌體收縮時更有牽及乳腺者.故該乳房有時較對側乳房似小.且因癌居於乳房之上部致乳頭或被牽上.故該乳頭較對側乳頭畧高.並因輸乳管被牽而縮入.(第三百五十八圖). 癌性尚在堅硬之時則體不甚大.有時自覺甚痛.或大有觸痛.然其痛大約時發時止.且係神經性痛而映射至肩.亦有揑弄之而始覺痛者. 癌愈長則愈與胸大肌筋膜粘着.甚或侵入胸大肌內.如此若令病者外伸其臂.則見乳房雖能横歷肌纖維而動.然不能順之而動.

腋淋巴腺早被累而增大.此種兼患少有過數月而不顯者.初受累者卽胸大肌下循胸外側動脈之淋巴羣.繼而累及腋淋巴腺之他羣.終則累及鎖骨上淋巴腺. 倘癌居乳腺內側之深部.則癌或循伴乳房內動脈滋養枝之淋巴管延至縱隔障淋巴腺.由此則癌蔓延胸內.甚至循胸膜下之結締織而延至胸膜腔及肺. 若癌初生於乳房內側緣.因胸兩側之淋巴管相通.故癌得由此腺延及對側之腋淋巴膜.甚則延至對側乳房.

皮被癌累及之狀不一:(子)覆癌之皮在早期被牽累致有皺紋.上已詳言之矣. 此後病由乳腺之繫韌帶向外延而達於皮.致皮硬化.色紫而充血.亦有層層脫屑者. 漸成一裂.漿液由此裂溢出而成痂.後成潰瘍.逐漸潰大. 標準之硬性癌潰瘍係一深窩.儼若挖成.若料理潔淨.瘍面滿佈光滑肉芽.並有敗液滲出.若置之不理.則至腐敗而甚臭.瘍之周圍凸起猶如圍牆然.

(丑)有時此癌散佈於皮內之淋巴管.致成由乳頭放射之多數索狀.皮亦被累及致硬化而厚.故不能揑起.皮脂腺管之口較

大而易見.有若猪皮或橘皮.後則皮色變暗.且成多數鈕形之癌團.皮脂腺管或有多液滲出.在皮上乾而成痂.然不成潰瘍. 此種癌常蔓延極廣而逾乳房界外累及全胸.甚或過肩而至頭後及頸後.是名鎧甲癌 cancer en cuirasse. 生長甚緩.故病者可活至數年之久. (寅)又有一種較速之癌生淋巴管炎.皮狀似濕疹.紅腫而熱.若以放大鏡視之.則見淋巴管擴張而有液滲出. 蔓延速且廣.被浸潤之處顯數癌塊. 結局自甚不佳.

至後期患者漸顯惡病質.消瘦而衰竭. 患處並有多數闊大潰瘍.癌體與胸壁粘着.甚至累及肋骨. 手臂腫硬卽因腋淋巴腺增大壓手臂之淋巴管及靜脈所致之硬性水腫或淋巴性水腫也.亦有因鎖骨上凹之臂神經叢受壓或被累致臂甚顯神經性痛者. 內臟亦生繼發性癌.以胸膜及肺肝爲尤多.致顯各種症狀. 常復發於肋軟骨及胸間之結組織.久之癌團向肋間隙凸出.約於第二肋間隙爲最常. 繼發性癌生於骨者非罕見. (見四百七十一面).多在胸骨,脊椎,及肱骨股骨二者之上端.致骨甚痛或自折.長合或否無定. 終致衰竭而死.

(乙)急性癌 Acute Cancer. 幸不常見.軟而速長.不久則侵入全乳房.累及淋巴腺與內臟較硬性癌甚早. 乳頭不縮入.皮亦不皺縮而緊張.皮下之靜脈發青而易見. 乳房增大而高起.致皮緊張而漸被累.若潰爛則遲早有一蕈狀臭團由瘍口突出.

多爲三十五歲以下之少婦.非獨癌生長甚速.更能令附近之結締織速被毀壞.若在懷孕或授乳之婦人則生長尤速.故有誤認爲急性乳房炎者.

(丙)萎縮性硬性癌 Atrophic Scirrhus. 常見於年齡較長之婦.經患數年不見蔓延. 嘗見有患此癌者歷十五年或二十年之久.至終因他病而死.然強半至後期而播散. 其特狀卽間質甚萎縮.致細胞被壓而毀壞.甚至乳頭深縮.並癌團及乳房幾至烏有.

(二)輸乳管癌 Duct Cancer. 罕見.雖未十分洞悉其底蘊.然大概有數種括此名內. 有時於膨脹管內附近乳頭生一或多數惡性乳頭瘤樣結節.爲柱狀上皮所蓋.此亦可名爲柱狀細胞癌.內含血管甚多.故乳頭常有帶血之液溢出.生長甚緩.若近於皮面.則見有暗紅色之圓團.乳頭不縮入.淋巴腺或不增大.另有一種輸乳管癌.腺泡膨脹.泡內則爲多數增生性圓上皮細胞團所佔.形似乳頭狀瘤.常顯囊性變. 此二種癌中亦間有硬性癌同時發於乳房之他處.鑑別診斷非用顯微鏡不能瞭然.

腺癌 Adeno-carcinoma. 此種癌與上所論輸乳管癌之第二種甚似.內有多數管狀之空隙.爲上皮細胞所襯.生長遲緩.但常有蕈狀團破皮而出.形如有蔕之瘤.甚易出血.腋淋巴腺約不受累.故其豫後甚佳.

病之時限 時限之長短視癌之何類而有差別. 急性癌生長甚速.約六至十二月卽至於死. 輸乳管癌不甚惡.萎縮性硬性癌亦生長緩慢.此二種均死期延緩.多因他間發病而死.鎧甲癌生長之遲速無定.或極速.或緩慢.不能以外科手術治療.因播散早而甚廣闊也. 限局性硬性癌.若不以外科手術截除.二三年內則致命.截除後或可多延生命至一年或十八月.以上之時限不過按曩昔手術未妙時統計之.近今手術已大進步.故所得之裨益大抵較上更佳.

病理解剖 已詳於一百四十八面.

診斷 硬性癌與慢性乳腺間質炎慢性膿腫之鑑別已論於七百九十一二面. 硬性癌與腺瘤之鑑別非難.蓋該癌堅硬如石.甚與乳腺組織相連.移動有限.皮面皺縮.乳頭縮入.腋淋巴腺增大.然良性腺瘤按之有彈力性.移動較易.界限甚清.皮雖緊張而與瘤不粘着.乳頭罕縮入.腋淋巴腺不增大. 癌與肉瘤非

用顯微鏡檢察不能鑒別.圓細胞肉瘤雖初起時界限較清.然與急性癌仍甚似. 纖維肉瘤亦有時誤認爲硬性癌.然其界限較清.乳頭不縮入.皮不皺縮.淋巴腺不常增大. 囊腺瘤若皮未破而囊凸起.則不難診斷.倘皮已破而成潰瘍.有蕈狀出血之團凸出.與後期之急性癌或蕈狀圓細胞肉瘤甚似.然若係囊腺瘤.有時可用探針探皮與囊之間.且淋巴腺亦甚罕增大. 硬性癌與單獨性囊腫之鑒別已詳於七百九十四面.

治法 若逆料能除根.應用外科手術完全截除之.其不應用者祗癌與胸壁粘着甚廣,或已遷移入內臟,或急性癌生於幼年蔓延廣而速者也. 萎縮性硬性癌有人云豫後甚佳.無庸施手術.然若病者身體強壯.施手術無何妨碍.任癌急緩總以截除爲妥善. 若兩乳房皆有癌雖豫後較劣.施手術亦無妨害.嘗有人一併完全截除.亦終得良善之結果. 總之速長癌生於強壯之人治療非易.癌生長甚緩界限甚清者豫後多有希望.

曩昔施手術若得百分之五或十痊癒者則已滿意.近代醫士諳悉乳腺解剖學及癌之病理學,且手術亦較大.故結果較佳.嘗有數醫士報告.受手術者有百分之五六十歷三年之久並未復發.

近今知乳腺所佔之地位甚廣.即乳腺之葉向上幾至鎖骨.向外至腋部,且向下若干.若祗截除乳房突高之一部分.必遺留多份致癌常復發. 更宜知乳腺之深淋巴管經過胸大肌筋膜而通至腋部.故每須截除此筋膜及肌之一薄層.然將胸大肌之胸骨部完全截除而祗留其鎖骨部更爲妥善. 亦有醫士另將胸小肌截除.以便易於截除腋淋巴腺.如此癒後則臂之動度亦無妨碍. 再者亦有淋巴腺循乳腺之繫靭帶至淺面之皮.故切勿將皮與癌割離. 乳頭必須截除.因乳腺小葉間之淋巴管皆達乳頭而成叢於其下.且從此有三四總淋巴幹直達至腋也.

凡施手術亦須同時將腋淋巴管及淋巴腺一並除淨.臨診之際雖未見腋部受累.然以顯微鏡察之則知已受累. 且最要須將乳房及腋組織一並截除.以免切斷淋巴管致手術處被癌細胞所染也.

手術 令病者仰臥.面向好側.外伸其患側之臂畧過正角俾胸大肌伸張. 以無菌手巾裹其頭免髮阻碍.又以一無菌手巾作障隔將施蒙藥者與行手術者隔離.腋毛須先薙淨令皮極清潔. 割口則視癌之位置及大小而定.最要之目的.即將癌體與乳腺及與乳腺有關之淋巴腺完全截除.至於割口如何得癒無庸計及.尋常若於割口附近之皮下以刀解鬆.可牽合而縫之以蓋傷口.若不能則日後施植皮法以補其缺亦可.第三百六十圖乃指明乳房上外部及乳房內部生癌者合宜之割口.醫士可由是推想癌生於乳房他處之割口矣.

第三百六十圖

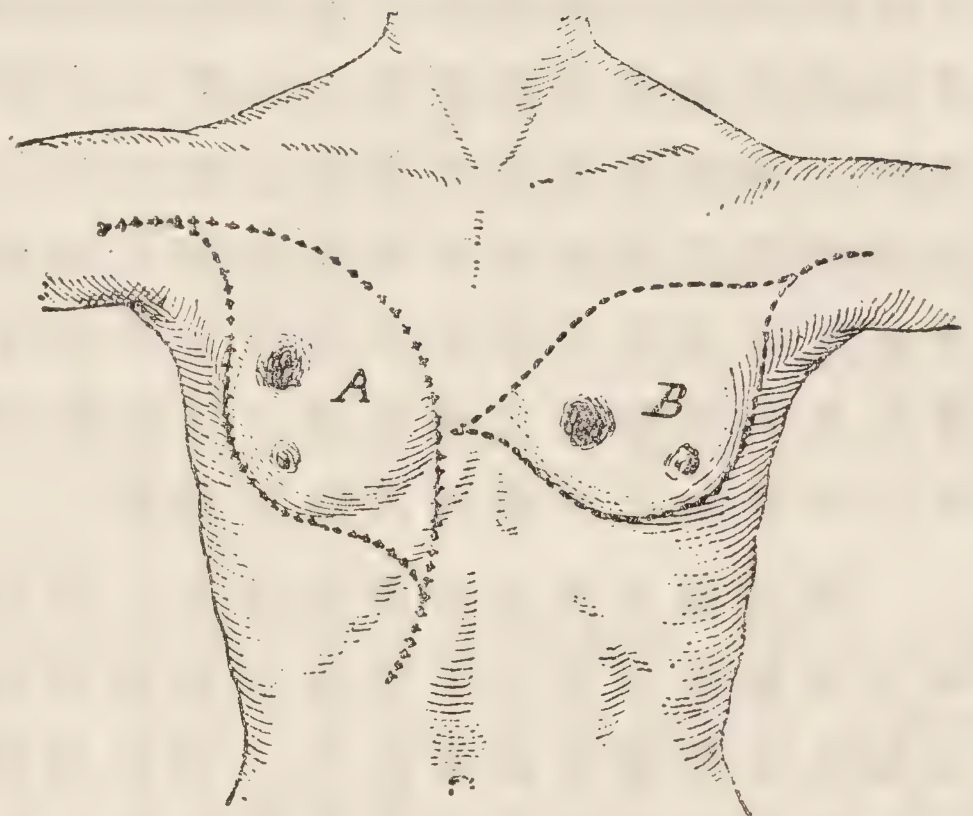


Fig. 360.—INCISIONS FOR REMOVAL OF CANCEROUS BREAST WHEN THE TUMOR IS SITUATED IN THE UPPER AND OUTER OR IN THE INNER SEGMENT RESPECTIVELY

A癌在乳房上外部之割口　B癌在乳房內部之割口

割口既成.隨將周圍之皮剝離.以便將上至鎖骨,下至胸骨下角,後至腋後緣之區域之皮下組織,與乳腺一併截除.再循上內割口割露胸大肌面而將肌前之結締織翻下.隨用指及刀敞露胸大肌之胸骨部與鎖骨部之間隙.而將胸骨部距肱骨一吋

處割斷.且將胸小肌之附近喙突處割斷. 再以指伸入胸大肌附麗胸骨及肋軟骨之起端下.用刀近骨而割斷之.此時必有多數乳房內動脈之穿枝被割斷.須立時用鑷夾住免其縮入肋間隙也.

如此可將乳房及其下之組織外移而敞腋部.以便除淨腋內之淋巴腺等. 先覓出居手術區之外界胸小肌下緣下之總血管.然須割開筋膜一層方可.後則循血管及神經向內解剖將血管與其前後之脂肪剖離.動靜脈之枝須先縛緊而後割斷. 若淋巴腺貼近於靜脈不易剔離.莫如截除靜脈一段. 腋尖之淋巴腺須小心尋覓而除淨之.但切勿傷破.免癌細胞播散也.繼而將手術區內側之前鋸肌上之脂肪及筋膜除淨.然須先妥縛肋間動脈之旁枝.且不可傷及胸長神經. 再處理肩胛下肌.且或須截除肩胛下血管.然須留存肩胛下及胸背二神經.須記該處常有多數增大之淋巴腺. 至此祇須將乳腺,胸肌,及結締織等一併截除.此不過數刀卽畢乃事.

所遺留之肉面甚廣闊.故於手術將畢之際須將露出之組織用溫無菌布蓋之.凡出血之點必須揑緊或縛緊.且將傷口洗以無菌之熱鹽液以備縫合. 割口四圍皮下或須割鬆甚廣,或須施何成形術,始能縫合.醫者若能如此耐性設法.尋常四圍之皮足可蓋傷口而縫合之.無論如何傷口之上部分不可不縫合.以免腋部之要件露出致將來結成甚有碍之瘢痕.倘無法完全縫合.則可暫聽之.後則施以植皮法. 有時用弛緩縫術甚爲有益.惟割口緣則以腸線或絲線縫之. 大抵須施引流法.卽於腋之後部割一口而置引流管.所流出之帶血漿液甚多.須於胸之前後多用敷料以吸收之. 自割後以至痊癒.病者須伸臂與軀幹成一正角.則可免癒後臂強硬並運動不靈.倘緊束臂於身側恐不能免. 割後二十四至四十八小時之內.須換敷料.且可撤出引流管.過十或十二日則完全癒合.

若鎖骨上之淋巴腺增大.則須同時截除.按哈氏 Halstead 之意見無論該等腺是否增大總以截除爲妙.恐其已被癌累及也.吾儕之意見不如是之甚.惟對於腋淋巴腺受累甚劇者則截除鎖骨上之淋巴腺. 頸之割口乃係彎形.即循胸鎖乳突肌之後緣彎向外順鎖骨而割.遂將此割片翻往外側.從頸內靜脈起將一般脂肪及淋巴腺往外剖離而截除之.然最宜小心切勿傷胸導管或右淋巴導管.

原位復發.因行手術時未截除淨盡,或割口被癌細胞所染也. 醫士須知以癌質接種於強健人或無大妨害.若接種於曾患癌者則必至生癌. 復發之位置多在割痕之附近,或附近之淋巴腺,或對側乳房,或肋骨內側之結締織.欲免復發割後須先用銑(如二百二十五面所言).然後用X光線療法有益.惟佈散之鎧甲癌不宜施手術.然用X光線或銑亦大有補助. 曾有人治淋巴性或硬性水腫.乃用無菌絲線置於皮下直至無病之組織.以作人工淋巴管或畧有功效.

截除乳房 若爲良性瘤則與上所言大異. 割口常爲新月形.斜行經過乳房.口之闊度不宜大於乳頭暈.將皮與腺組織割離.後則將乳腺從胸大肌筋膜剖離而截除之.強半無須敞開腋部.

第三十五章

腹部外科

ABDOMINAL SURGERY

腹部手術要綱 General Remarks on Abdominal Operations.

凡外科各類手術中惟腹部手術近來甚爲進步至成要務.在昔時少有施行者.今則外科士遇有須開腹之病卽開之.毫無猶豫之意.亦有只因檢察腹內之物而開之者.但欲得美滿之果效.乃在乎外科士凡事細心及其諳練.若能精心整理之.則腹膜可爲外科士之資助.不然若粗心任意撫弄之.致腹膜暴露過久.必有發炎之險.甚或難保其生命.或遺甚重之後發患致其殘廢也.凡專門外科技精手敏者.所獲之報酬未有如腹部之良美.試舉數條以爲醫士施腹部剖術之助.

手術之前數日應檢查病者之食物大便等.並潔淨其口齒俾腸內之菌減少. 在手術之前一夜服瀉藥一劑.卽蓖麻油一兩 ol. ricini 30 c.c. 次晨用灌腸法灌洗直腸.使腸下段潔淨虛空.腹壁以刀剃淨.恥部及臍更須潔淨.

在手術前數小時不宜食物.未臨手術檯之先宜令病者小便.若不能小便導其尿亦可.倘手術之時間須長.可於前半小時用溫鹽液灌入直腸.或用牛肉湯及咖啡茶亦可.

宜將病者包裹溫煖以免受寒.除被割處之皮其餘均遮蓋嚴密. 手術室之溫度宜至法倫表七十或八十度(二十至二十六・五).雖於外科士畧覺不適.而於病者甚爲有益. 迷蒙

須至十分滿足以免休克.但得如此之效果以愈少用藥爲愈妙.在手術前半小時須注射嗎啡及阿妥品.若能施二氯化氰及氯氣以麻醉之乃妙. 腹膜內之手術非不痛.雖腹膜之臟層感覺稍鈍.而其壁層及腸系膜之感覺尙敏.捫或牽之其痛立顯.並加增休克之勢.設於施手術之先病者已顯腦力虛脫之狀.(如胃穿通等急病).則先注射鹽液於靜脈內以助其力.

按常例乃令病者仰臥於手術檯上.若於盆臟施手術用垂頭仰臥姿勢(呑德倫孛氏姿勢 Trendelenburg position) 最佳.此姿勢乃令病者之頭畧低於身.(見三百六十一圖).再將其膝屈檯端.俾身穩固不移.檯之頭宜低.否則其頸前屈恐阻呼吸.亦不可將臂置於頭上以免橈神經被癱.莫妙於將臂置於病者之背後或身旁. 但病者之盆有炎液滲出或腸有閉塞之患者.此臥勢用之不宜.恐惡質充滿於胃易流入口.致病者窒息.

第三百六十一圖

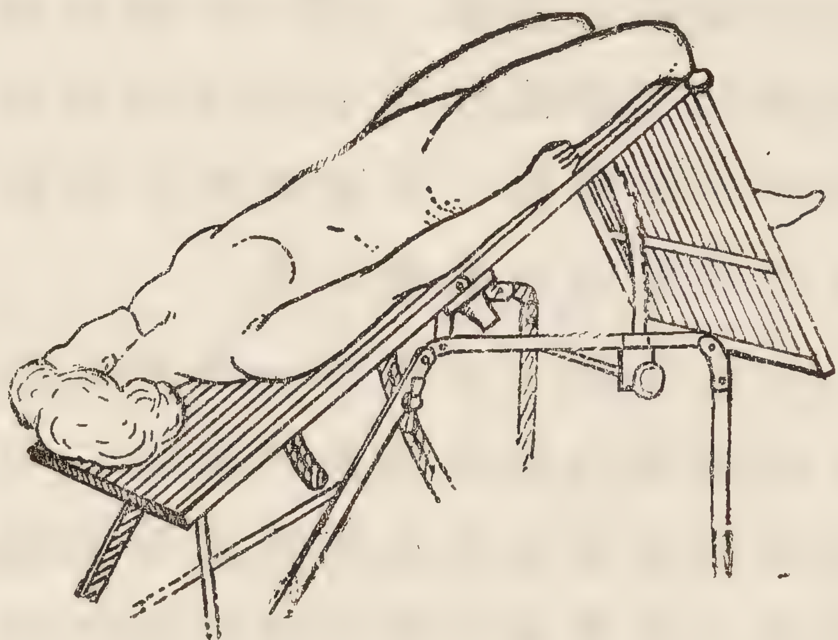


Fig. 361 —TRENDELENBURG POSITION

垂頭仰臥姿勢

施開腹術.少用防菌藥爲妙.醫士及助手與病者之皮.用防菌藥液洗之之後.只可用無菌鹽液.其餘洗藥皆不宜用. 醫器須煮之.且記其數. 惟棉球宜先預備.每十二球包以紗布取其易記.施手術之前必記淸球數.迨術施畢則查其數少否.紗條腹布等亦按法豫備.助手宜詳細報告所用之數.倘腹中須灌洗.以温鹽液爲最佳.

腹壁割口 剖腹之割口所當注意者有三: (一) 割口須便於查腹內所應查之處.若爲查腹內各處.以腹中線割口爲

最便.有數類他病.此割口亦甚佳.但處理闌尾或膽囊等約以旁側爲最善. 凡腹之割口不宜太近有骨或肋軟骨處. (二)割口之部位必適得血之滋養.以免癒合不完或手術後成赫尼亞.職此之故,則腹白線之割口似不妥.而在半月線者尤然.若腹直肌已相離或腹白線已弛緩尤不適宜. 由此方面觀之.割口最佳者乃經肌纖維間使之分離而不割斷也. 馬克孛內氏截除休止性闌尾炎所用分肌法之割口 MacBurney's muscle splitting method. 卽係此類.若闌尾無粘着且其位置與常無異.用此法足敷着手.在腹中線之旁平行割口而分離腹直肌纖維亦爲妥善.近今多用之以代曩昔腹中線割口.亦可將腹直肌牽往內側而割開其鞘之後壁. (三)近來外科士多注意腹壁之神經.故料度割口之部位.以免切斷運動神經爲甚善.司腹直肌之神經更宜保全.因此肌一癱則腹壁卽弛緩而覺不爽也.由此方面觀之.腹半月線割口甚爲不佳.

有外科士主張作一橫割口.此於有盆病者甚便.但此等割口之困難.乃腹直肌被割斷之二端不易連合也. 若欲免二端退縮.宜於未割斷肌纖維之先用褥縫術.將該肌纖維縫於肌鞘前層. 此等割口雖日後所成之瘢痕甚佳但少有外科士用之.

若能將腹肌及腱膜一刀齊斷之則佳.且於未開腹膜之先必須完全制止出血. 隨用鑷揑起腹膜.以剪或刀割一小口.空氣卽由之而入腹膜腔.再將口邊揑穩提起.按其所需之大小向上下開之.

施手術於腹膜內時應小心保護其腸.不可使之久露於空氣.否則內皮細胞必速脫落.致後有粘着之患.且令菌得侵入腸內之機. 若須將腸由腹內牽出.應用布蘸温鹽液擰乾將腸包裹.且應時時更換或將新製温鹽液淋於布上以令其温煖.其腸少以手捫爲妙. 倘須割開被染之病竈.或須開腸.應小心保護

四圍以免受染.即用已煮之腹布,(乃軟棉布作成約十六方吋),或用蘸鹽液無菌之白紗布條,繞塞四圍.將施手術之處隔出.以免膿或他等之液向內流入. 更須十分留意.將此紗布清記件數.切勿剪成小塊. 乾紗布不宜用.恐貼於腸面粘脫內皮細胞也.

縫合割口 縫合腹壁之先宜將腹腔妥爲潔淨.制止出血.除去血塊.數淸棉球. 若割處須冲洗.可用百零五度(41° C.)之無菌鹽液洗之. 縫合腹壁割口亦有多法.最佳者即先用羊腸線或絲線連續縫合法將腹膜縫畢.次以間斷深縫法用潔淨之絲線或蠶腸線將腹壁之肌層縫合.此縫線均藏肉內.終則用連續縫合法將皮縫合.迨後此線皆宜撤去. 有處腹膜獨縫甚難.須用間斷深縫術.除皮外凡一切肌組織皆一針穿過方可.亦有並皮一齊穿縫者.

排液 於腹部手術約不常用. 若外科士施術時十分小心防免日後有血滲出.則可坦然將腹膜縫合. 倘分開粘着而恐其出血.或遺留肉面.如由子宮闊韌帶內剜割卵巢冠囊腫 parovarian cyst 之後.必須設法令所滲之液流出.最佳乃用奇武氏 Keith 玻璃管置入二十四小時之久.而管內須置紗布一條.此紗條有毛管攝引力.可將液送至傷處之敷料.或用橡皮捲以紗布亦甚合宜.

若開有膿之處,如闌尾膿腫,而用導液法.則須將橡皮管插於膿腔.再以紗布圍繞此管.令周圍之組織成粘着.以免隣近處受染.

善後療法 手術已畢.移病者於牀.頭須略低.如此臥式不必過久.若係腸胃吻合術.或患瀰漫性腹膜炎之後立用否琺氏坐式 Fowler's position 更佳.(第三百六十九圖). 若病者甚顯休克.可用保温瓶置於床上.並用熱咖啡四五兩 120 c.c. 灌入直

腸. 且用連續輸入法以温鹽液灌入直腸.所用之器具.如圖式者乃佳.其鹽液宜貯於保温瓶 Thermos flask 內.必有一百零五至一百一十(四十・五至四十三・三)之温度.瓶口安置樞紐.俾水逐滴滴入橡皮管.此橡皮管宜插入直腸六吋.其鹽液之滴入自甚緩.乃經一小時不過滴入一磅 600 c.c. 病者易於忍受.即用至一二日亦可.此法不但能減輕休克之險.且補出血之缺欠.並能止渴.亦能助身體多發汗而利小便.以排洩其毒. 若病者輾轉不安.易受激刺.可用嗎啡之小劑量 0.016 gm. 或氫氯化赫羅印 heroin. hydrochlorid. 0.0054 gm. 注射皮下. 若無須令腸不動俾其成粘着.則用赫羅印更佳.因其阻分泌之功少也.但欲限制炎勢之蔓延.則嗎啡較佳. 無論如何.劑量愈小愈妙.若係輕手術,如截除闌尾時,截畢立用溴化鉀 2 gm. 或醋柳酸 1—1.3 gm. 灌入直腸或已足。

第三百六十二圖

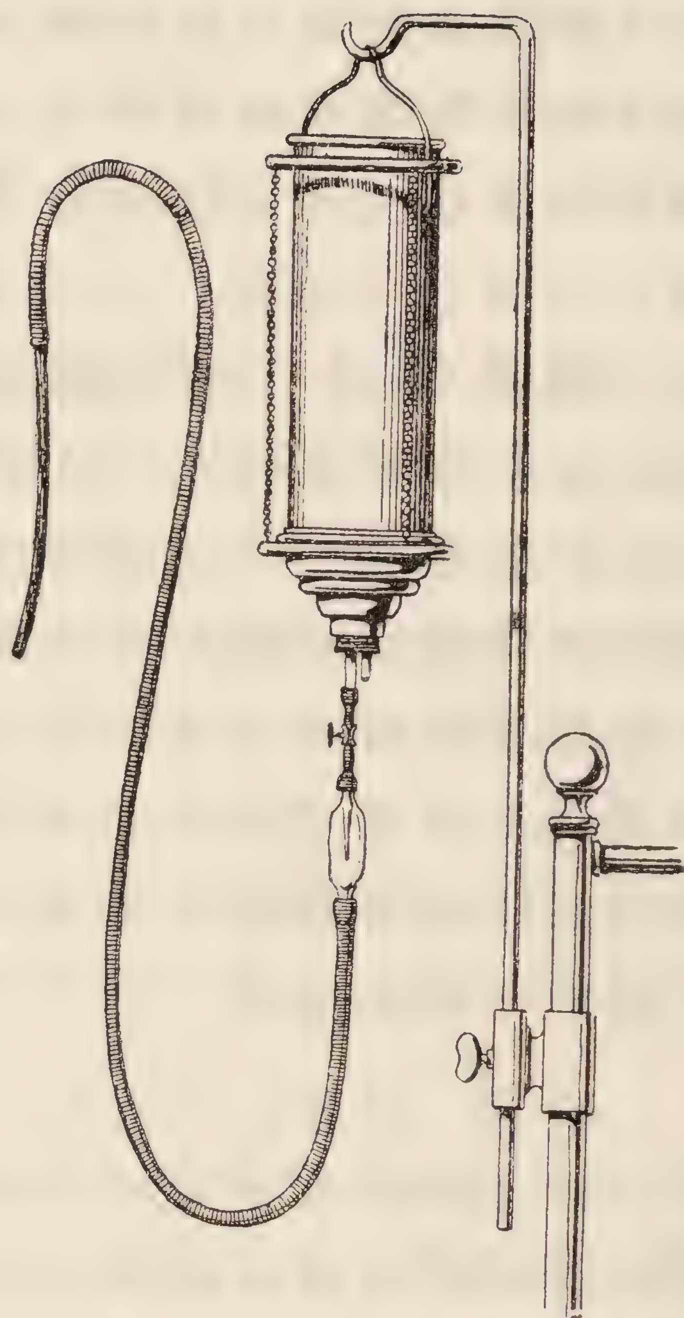


Fig. 362.—APPARATUS FOR SALINE INFUSION

鹽液連續輸入法之器具

開腹後進飲食之規則.近年畧有改異.昔時久不許進飲食.近則知其不必.於用迷蒙藥後約數小時不可由口進食固也.但病者若不嘔吐越數時卽可用液體食物.翌日則飲食如常.總言之近來外科士以爲受輕手術.不必禁其用平常之滋養料. 若

手術稍重.或病者腦力不穩.易於嘔吐.則於飲食上不得不謹愼矣.手術之本日不宜容飲食入胃.手術後若有嘔吐.俟其吐畢可以小匙飲温水.越二十四小時可飲茶.或蛋白水或乳茶少許.後則逐漸加增飲食. 至於特別之割術.如腸胃吻合術.或料理腸之一段.則有進飲食之特法詳之於後.

間有手術後腹即膨脹數日甚覺不適者.約係腸胃積氣所致.若用放腸氣筒而不見效.則須用松節油灌直腸.(松節油一兩 30 c.c. 鹼水一磅 600 c.c.).有時須復用之. 若不見效.病者仍有腸胃積氣與嘔吐二患.致人疑有腹膜炎.可服瀉劑.如硫酸鈉二十釐 sod. sulphas 1.3 gm. 每半點鐘服一次.或甘汞五劑.每劑一釐 0.065 gm. 每小時服一次.以令腸蠕動復原.除淨菌類及其所產之質.而減血之壓力. 若以番木鼈素或厄司林注射皮下.可助恢復腸肌衣之作用. 用蓖麻油二兩 60 c.c. 或俄利伐油四兩 120 c.c. 或松節油一兩 30 c.c. 灌腸亦有時有益.

割口善後療法 未有何特法.約八至十日可將縫線除去.隨覆以哥羅弟恩 Collodion 或合口膏條以保護之.亦有用腰帶束縛者.果用之其帶必須寬闊. 若割口已化膿.後則漸生肉芽而瘉.最妙用膏條護衛數月.以免腹肌牽其瘉痕而鬆離.用氯化鋅橡皮膏條 zinc oxid strapping 最佳.因其無戟刺力也.此法較用腰帶尤效.若對於膿腫排液,或闌尾炎而割斷腹肌後,此法甚爲適宜.

針脚化膿 Stitch Suppuration. 此爲開腹手術最煩擾之後發患.有係外科技術之錯誤者.但亦不盡然.雖十分小心將縫合料之菌滅盡.有時亦難免化膿.或因縫線太緊.將所縫線內之組織索勒過甚.該組織或四圍之血塊被本身菌所染.致成此患.有人以爲此患之原由.係將線由醇內取出立即使用.如此則必有潰性.故凡線料必宜用無菌鹽液或稀釋防菌液先洗而後用

第三百六十三圖

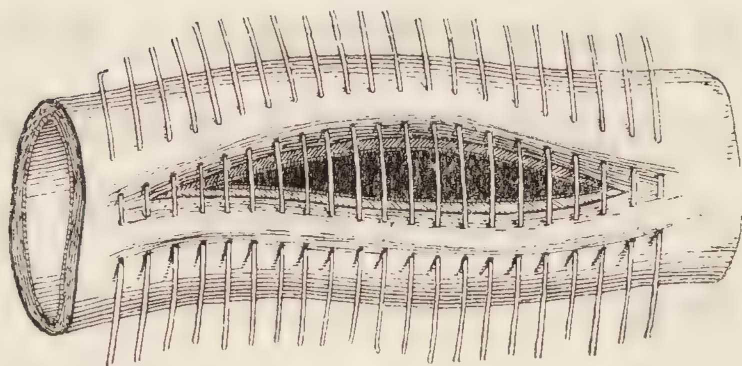


Fig. 363.—LEMBERT'S SUTURE AS APPLIED FOR A LONGITUDINAL WOUND OF THE BOWEL

連孛氏縫術縫閉腸縱行割口

有數縫線過割口兩端之外以免此處成溝形

第三百六十四圖

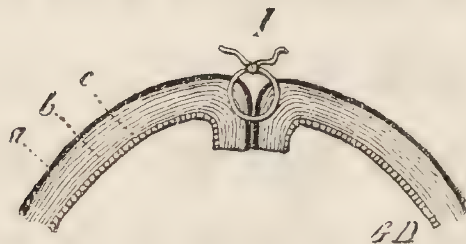


Fig. 364.—LEMBERT'S SUTURE SEEN IN SECTION, TO SHOW CHARACTER OF APPROXIMATION

連孛氏縫術之切面表明縫合相挨之形式

a 腹膜層　*b* 肌層　*c* 粘膜層　I 縫線

之方可。此患發生之遲速不定。體温約常增高.(如每晚一百度).脈搏加速。有時於施手術後傷口似愈成瘢.逾十或十二日忽有若許膿流出.如現此狀應設引流.或將顯露之縫線除去。此患自致腹壁軟弱.故宜格外小心.免成腹壁之赫尼亞.

縫腸術 Intestinal sutures. 腸內所有之物若仍居原處尙無所害.倘流入腹膜腔必致急性腹膜炎.且每致死. 故外科士凡接合腸端須甚緊密.使其中之氣及水不能漏出.並能任受腸中輕重之壓力。且於腹膜面縫合處除漿膜外不應顯有他物。否則以後必成粘着.與腸之作用有損.此不可不注意也. 特別之縫法甚多.今擇其要者列下:

(甲) 連孛氏縫術 Lembert's suture. 乃發明於十八世紀之末.此法只將腹膜面縫合而不縫粘膜.倘將腸壁穿透.則腸內之物難免漏出致成腹膜炎也. 其下鍼之勢與傷口成正角.將漿膜肌織膜作一小摺.深穿至粘膜下層.此小摺應距割口之邊約十二分之一吋 2 mm. (三百六十三圖). 牽緊而結之.傷口之邊則內捲.(三百六十四圖).只漿膜層彼此相挨. 按此法將傷口全行縫合.每吋須縫至十或十二鍼.或照此法而續縫之亦可.

如順腸之軸縫合割口.其兩端必致成溝.可另縫三四鍼以閉之。

第三百六十五圖

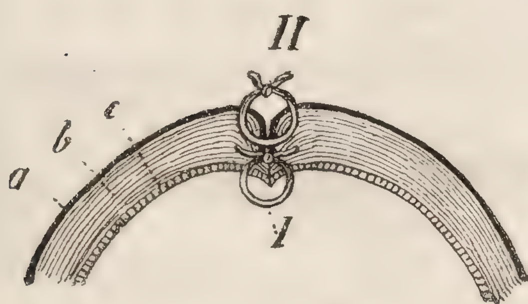


Fig. 365.—CZERNY'S-LEMBERT SUTURE

車連二氏縫術

I 縫粘膜之線　II 縫腹膜之線

a 腹膜層　*b* 肌層　*c* 粘膜層

第三百六十六圖

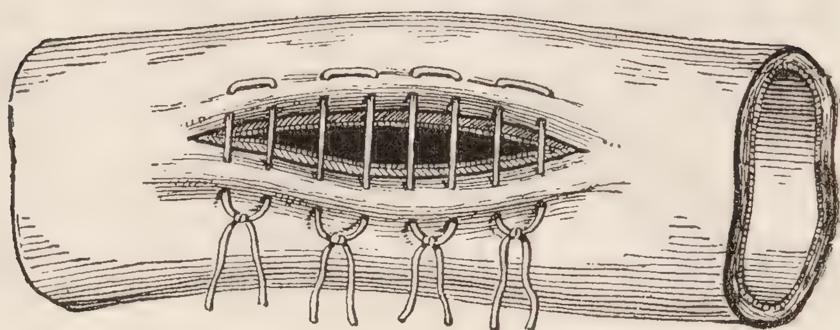


Fig. 366.—HALSTED'S MATTRESS SUTURE

哈氏褥縫術

倘遇刺傷之小孔.此種縫法甚可用.卽繞傷孔縫之與囊袋之抽口相似.緊束而結之.可令傷邊內翻.

(乙) 車內連孛二氏縫術. Czerny-Lembert suture. 其理相似.但縫兩行.第一行乃將粘膜之口縫合.(三百六十五圖 I).對於長軸之口可按連續縫合法縫之. 第二行.卽連孛氏縫術.或間斷或連續可按勢擇用.(三百六十五圖 II).如此第一行之結爲第二行之線所遮. 此縫術不但可縫閉割口並有止血之效.若係連續縫合術尤然.

(丙) 哈斯忒氏褥縫術 Halsted's mattress suture. (三百六十六圖).此術最佳.乃常用者. 可謂爲雙連孛氏術.一端作襻.一端作結.所應注意之處與連孛氏縫術同.

(丁) 有時因腸之一段莫之能動.致外科士不克得其外面.須由內縫之如胃切開探察術.由前割開後壁.則須將後壁由內縫合. 此種縫法名物浮勒氏縫術 Wölfler's suture. (三百六十七圖) 第一行經過二側漿膜及肌織膜縫合.而在內面(卽向所開之腸腔)打結(如圖中 I)。 第二行將粘膜縫合以蓋第一行之結(如圖中 II).對於腸吻合亦有用此法者.及至能用車內及連孛二氏之縫法時卽宜用之.

第三百六十七圖

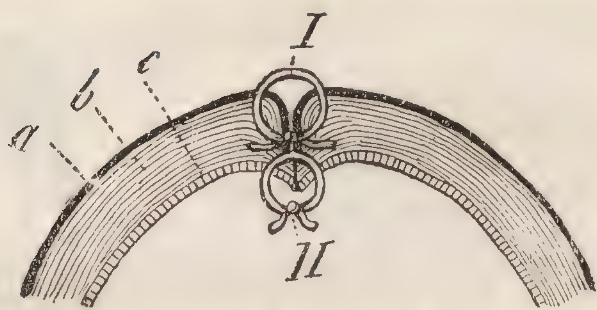


Fig 367 —WOLFLER'S SUTURE

物浮勒氏縫術

I 縫腹膜與肌層之線向裏而結

II 縫粘膜之線亦向裏而結

a 腹膜層　b 肌層　c 粘膜層

第三百六十八圖

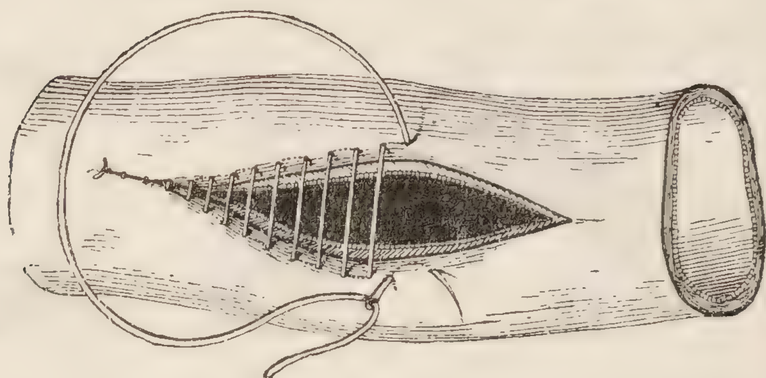


Fig. 368.—CUSHING'S RIGHT-ANGLE SUTURE FOR UNITING THE SEROMUSCULAR COATS OF THE STOMACH OR INTESTINE

刻與氏正角縫術

以縫腸胃之漿膜與肌層

(戊) 刻與氏正角縫術 Cushing's right-angled suture. (三百六十八圖)對於割口稍大須用連續縫合術以令其相合者.此縫法最妙. 在割口之一端按連孛氏縫法縫而結之.繼用連孛氏之連續縫法.但下針之勢須與割口緣平行勿作正角.且距割口緣約八分之一吋 3 mm. 則割口緣可整齊內捲. 但粘膜應先用連續縫法獨縫之. 此法用之於胃腸吻合術 Gastro-enterostomy 或類似此術者均甚宜.

腹壁損傷 INJURIES OF THE ABDOMINAL WALL

共分三大類.卽挫傷,未穿傷,及穿傷.其最要之關係在乎有無內臟之併發患.

單純挫傷 腹壁挫傷較他處之挫傷無甚大別.由至輕之挫傷至扯破其肌而傷損甚大者.皆係此類. 最常受傷者乃腹直肌.其扯破之由非只因受傷所致.亦有因忽然收縮力大而致者.如在破傷風病.在肌間或肌下有血滲出成一顯明之血腫.若肌僅淺面受傷.所滲出之血必被橫腱劃所限.倘肌之深面扯破.則血蔓延於肌鞘之內甚闊. 凡腹壁之血腫最易成膿腫.可由本處穿頭.亦或有順肌間延至力弱之處而穿出者.如腰三角

及腹股溝皮下環等處是也.此膿常有大腸桿菌之臭味.約因菌由受傷之腸滲入血腫內也.有時腹膜之壁層扯破.致顯休克並腹膜內出血之患.約而言之.休克為腹受挫傷之最要早狀.然若無內臟之傷損.則休克不重亦不久.

治法 令病者靜臥於牀.至疼痛及觸痛退盡而後已.若顯休克按平常之法醫之.且用熱濕布或乾熱棉花墊敷傷處.則大減其苦.倘腹直肌破裂須令病者畧坐起.且屈其膝以枕墊於膝下.後日則用合口膏條,或用合宜之托腹帶維持之.

腹壁未穿之損傷 無特別之關係.若不兼內臟之併發患可按普通之法醫之.若腹壁之動脈被斷.則滲出之血必甚廣.故須將傷口開大.覓而縛其出血之動脈.若腹肌分離甚闊.應先行整理潔淨.後用針線深縫之令受傷之肌或腱膜轃合.以免後日腹壁成赫尼亞.

腹壁已穿之損傷 內臟同時受傷.突出與否無定.無論如何皆有若干出血及休克.出血之多少視乎所傷血管之大小.若內臟有傷.則休克甚劇.倘內臟只突出而無傷.則休克畧輕.曾有受傷之人手持腸之一環.步行至外科士前而求醫者.所突出之內臟.小腸及網膜為最常見.且有時突出甚多.若傷口小易有腸充血或腸絞窄之患.最大之險乃成瀰漫性膿性腹膜炎.其感染或由腸裂而致,或由外而來.

治法 竭力理淨外傷.截除傷口緣之皮及損傷之肌組織.且詳查突出之內臟.若突出者為大網膜不論受傷與否.須縛而截除之.若腸凸出.應輕手用溫鹽液洗淨.復回原位.縱腸已畧受挫傷亦可復回.但傷口不應全行縫合.須留引流孔將紗條置入.如此若日後有菌侵入或糞漏.則便於排出.若腸只被小割傷或刺傷.須將該處摺閉而縫合.倘小腸已受重傷.病者之氣力若足.則可用腸截除術 enterectomy. 否則將腸縫於腹壁.作一人

工肛門 artificial anus 爲暫時之用. 若係大腸.則人工肛門乃常用之法也.倘糞質積聚甚多更必須用之.其法宜按結腸成口術 colotsomy 將腸縫於傷口.日後處理傷處.

若醫士不能鑒定腹膜實係受累.應割大其傷口確實查定.倘腹膜已傷更須進行審察.視其內臟有無傷損.

若鑒定腹膜未受傷應將腹壁之傷口敷以醇及必潑用針線小心縫合.免日後成赫尼亞.

內臟之併發病 凡腹壁各種之外傷.內臟皆可同時受患致有甚危險之關係. 其傷如何乃在乎致傷之暴力大小並當時腹壁之舒縮及強弱.且在內臟體之虛實及空滿. 若暴力小其傷必不重.只有局部挫傷.病者略顯休克耳. 若人預知將被擊打.則腹諸肌收縮而僵硬.雖暴力猛而受害亦不大也. 若腹肌未預防而弛.雖受小傷亦可致極大之害. 虛器官類.如腸胃膀胱等皆可扯破.若該器官充滿則更易如是. 實器官類如肝脾腎等可受挫傷或扯破之.以致出血甚多.若內臟有脂肪性變亦易得此等之傷.在肝尤甚. 內器官因傷而離位者亦有時遇之. 且宜記憶人若忽然受震.必致甚重之休克.若腹上部直受震力者更易致此.大約係因戟刺腹腔神經叢故也.且有時雖無顯明之傷損而昏厥至死者亦係此故. 有時大網膜腸系膜或腹膜韌帶被扯破,致立時出血或日後成帶狀或成孔,則有消化管梗阻之患. 至於腹部之槍彈傷詳一百九十七面.

此類傷詳論於各內器官篇.現只普通論之. 醫家對於腹部之損傷負重大之責任.倘所診斷者與傷之實際不合,或於應用手術而有遲疑,皆可致不佳之結局. 大概腹壁之傷及腸之破裂.若不遲延以手術醫之.結果均佳.遲至腸癱腹膜已炎之時開腹與否俱無裨益.大約必致死. 惜腹宜開與否頗難預定.故遇可疑之病外科醫士宜早用探察術.較炎已瀰漫始診斷確實而醫之者其險尚少.但病人腦力虛脫甚劇一切手術皆無用矣.

腹壁之重傷可分爲三:(一)腹壁局部傷.兼有內臟挫傷.致顯劇烈之休克.然總無用開腹術.(二)肝或脾破裂或系膜扯破.致腹內出血甚多.(三)空器官裂開致顯腹膜炎

休克於腹部受損時常顯之.若內臟未受重傷.只令病者靜臥於牀.在二十四小時之內或可痊癒.腹內出血有數類顯狀.乃在乎血出之多少及來源何在.除顯休克外.猶有出血之普通狀.(見二百二十八面).腰之一側或二側有實響.其實響之位置何在.乃視損傷居何處,並腸系膜之附麗處,及病者或坐或臥或站立之姿勢而定.如血由肝而出,可引至右腰部及右髂凹.但不入盆腔內.如血由脾而出.可循腸系膜之左側下流入盆.其實響顯於左腰處而不顯於右.且應記雖有若許之血流入腹腔或不顯有實響之處.因血或隱於肋弓之下,或藏於腸間,或流入盆內也.若出血不重.病者只云有扯撕之疼痛.面白而有貧血之容.則血可被吸收而痊癒.但常於休克之後體溫升高數日.腹膜炎起初即顯腦力虛脫,並嘔吐或呃逆.繼則腹脹而壁硬,以胸呼吸.且腹有定處顯觸痛.若腸已受傷尤然.

治法　病人既置於牀.且已用尋常之法醫其初顯之休克.隨應小心檢查病人及其腹.須施手術之指徵.開列於下:
(甲)腹內出血之徵.(乙)嘔吐帶血.爲胃裂之徵.(丙)傷後速現腹壁固定而硬.並有極重之痛.且定處甚有觸痛.此係腸裂之徵.(丁)膀胱裂之各狀.以上諸狀.雖甚顯休克.亦應即刻施手術勿遲疑躭誤.但氣將絕則無庸爲之矣.多用熱鹽液注射靜脈,或用血輸移法,約常可使病者恢復其力至足助外科士定意施治.或注射醚於靜脈內更佳.倘甚顯休克或兼有局部之痛.而無確實內臟傷損之據.只可按病勢治之.病者宜在牀溫煖.或可用少許鴉片,以止疼痛及不安之勢,並阻腸蠕動之作用.愈少用愈妙.因鴉片一物,最能隱匿一切症狀也.若有嘔吐須

用直腸滋養法.宜先將直腸洗淨而後用之. 若腹內出血之徵隨後顯出.或於二十四小時之後病者仍畧有腦力虛脫之狀,或自云某定處作痛,且此定處之腹壁縮硬,或兼有嘔吐呃逆等.於此時始施手術亦或有收效之希望.

腹壁另有數等情形亦須注意.腹直肌有時因外傷或因破傷風之搐搦以致扯破.後最易得赫尼亞. 該肌一段有時顯痙攣,致成虛瘤.多見於患希司忒利阿病之婦人.施用迷蒙藥卽可消沒.

臍病 AFFECTIONS OF THE UMBILICUS

各種臍赫尼亞詳之於後.

臍炎及潰瘍 因斷臍後不潔所致.後易成濕疹. 初生兒破傷風及嬰兒丹毒亦原於此.最能致命.且丹毒病常令四隣之腹壁腐崩. 如遇生濕疹之狀只須潔淨.並敷以防菌粉或尋常之抹膏可也. 在成人亦有患此者.因臍處存積穢物.致該處發炎.或成石化膿而潰爛也.

息肉約從卵黃囊之臁件而生.用顯微鏡查之.見有若許之管形腺被結締織連絡. 應以線縛其根而截除之.

瘊及痣亦能生於臍處.較生於他處無甚特別之狀.

臍癌 或爲原發性.卽鱗狀細胞者.由皮而起.因常受戟刺所致.或爲柱狀細胞者.由胎之臁件而生. 然多爲繼發性.由腹內如胃或卵巢等而起.

臍瘻 Umbilical Fistulæ. 此非罕見.或爲先天性.或爲後天性.共分三類:

(甲) 糞瘻.先天性者乃卵黃管未閉而直接通入腸.或藉長短不等之管,卽美克耳氏憩室,間接而通至迴腸之下份. 亦有

時該瘻之腸端已閉.只有粘液質流出. 後天性者約因臍赫尼亞被絞窄而穿破,或因結核性腹膜炎穿破所致.

(乙) 先天性尿瘻.因臍尿管未閉而致.有時係單口.雖達至膀胱而與之不相通. 其治法應截除粘膜.或用電烙器烙之.或刮其邊緣而縫合.

(丙) 膽瘻.間見於臍.每由與膽囊有關之膿腫而成.

腹膜病 AFFECTIONS OF THE PERITONEUM

腹膜炎 Peritonitis. 原因甚多.且顯有多數不同之現狀.以其起止言之有急性慢性之分.按佈勢言之有限局性瀰漫性之分.以結局言之則有保護毀壞之別.

原因 皆原於微生物.其狀多屬血中毒之類.該菌令腹膜發炎.致有不等之液滲出.炎輕者滲出之液甚多.且限於局部.炎重者即係瀰漫性類.極重者於腹膜尙未有顯狀之先血已中毒而人死矣.

(甲) 由消化管自胃至直腸之各部分受染而致.如由外傷或由病而腸穿破者.或由胃潰瘍外侵,或由異物嵌入,或由腸絞窄及扭結致血滋養被阻等. 闌尾爲此類炎最常見之來源處.

膿鏈球菌及大腸桿菌爲最常見者.但腸中之他種微生物有時亦可致病.而厭氣菌類尤甚. 胃內之物較腸內物之毒力畧小.小腸內之物係液體易於佈散.故其險較大腸內之糞爲大.

(乙) 產後腹膜炎其原因與第一類甚似.因微生物由子宮藉其闊靱帶等之淋巴管以至腹膜.(平常係膿菌類.最多爲鏈珠菌).故其害多限於盆內各器官.

(丙) 由外感染如穿傷手術等.各類膿菌皆可乘隙而入.惟鏈球菌最多. 易受染與否在乎腹膜有無挫傷.設將腹膜倉猝

以手執之,或暴露於空氣中過久,致膜面之內皮細胞被毀壞而減其抵抗力.且阻其吸收液之作用.則易致菌類蕃殖矣.

(丁)腹膜炎有時由淋病球菌而得.其菌約由輸卵管而上延. 或因肺炎球菌所致.大約由血而來.或係肺炎及胸膜炎之繼發患.則菌經過膈肌之淋巴管而至腹(詳後). 或因急性僂痲質斯熱病 rheumatism 之微生物所致.約由闌尾而起.

(戊)結核桿菌能致慢性結核性腹膜炎(見下).

(己)慢性單純性腹膜炎.具護庇之性質.若某內器官有刺激性損害緩緩至於腹膜.則腹膜之面漸次增厚.並可成種種粘着,久之則能致最重之病,如腸梗阻或腸絞窄等.

(庚)有數種腹膜炎其原因係器械或化學之傷.即如膽囊裂而膽汁滲出,或浮動性脾,卵巢囊腫,大網膜等扭轉所致. 此後或因生粘着物將該處圍繞致與腹腔不通,或炎延至隣近之腸蟠使之癱瘓.則菌必侵入.即成染性腹膜炎.

若將毒質注射獸之腹腔內.漸加其劑量.該獸之腹膜可生局部免疫性.大約人亦如是.因此吾人可以曉然久有腹膜患者於施手術最適宜.因手術後致起瀰漫性炎者甚少.

分類 按臨診論之腹膜炎分爲急性慢性二大類.急性者又分瀰漫及局部二種.慢性者又分單純性結核性二種.

(一)急性瀰漫性腹膜炎 Acute Diffuse Peritonitis. 由許多染質染於腹腔(如腸胃之破裂),或於抗毒力小時被少許極毒細菌傳染而致.

病理解剖 腹膜之面充血.略有粘性.內皮細胞增生.漿膜下結締織水腫致膜面失光潤. 染處之四圍先有如此之改變.劇者佈於四週甚速.最烈血中毒之腹膜炎不顯他狀.不過二十四小時其人即死. 但常見者乃有液滲出.有時該液多含血

絲(血纖維素)令全腸蟠彼此相粘.而相挨之處血絲較厚.有時滲液極盛.係漿液性,或係漿液膿性,或純爲膿.繼則流入腰及盆處,或上延至膈肌下,或有粘着將此等液包於其內而成囊.滲出之質甚有染力.倘於施手術時或剖屍時稍一受傷.則最易致結締織炎或敗血病.且有時滲液中含氣.其氣由液內之微生物而生.或由空器官穿破所至.

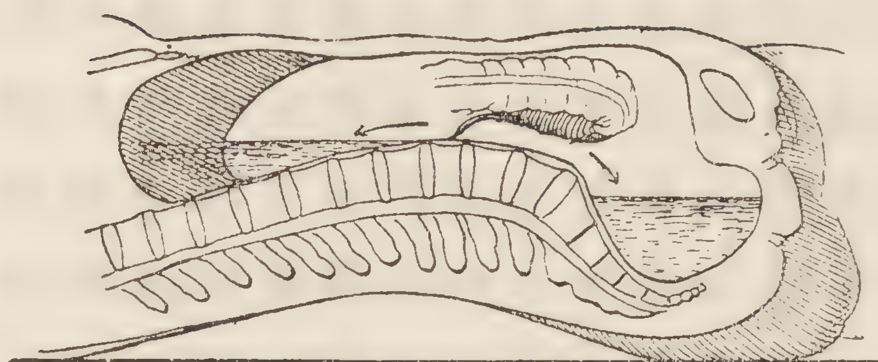
因毒中於腸壁之神經叢故腸壁被癱.致腸內之物停滯而分解.後則大網膜充血.即有滲液或膿侵入.有時大網膜成欄而橫列於腹內.分腹腔爲上下二部分.將病患限於一處.

滲液所生之毒素被腹膜吸收.致周身中毒.輕重無定.亦有時致腹膜下組織水腫.滲液吸收之遲速不定.由膈肌下面吸收者尤速.約因該處之淋巴管通於腹腔速將毒素及菌運至胸縱隔障之淋巴腺也.故腹膜上部發炎之危險較甚於下部.因此必設各種法如選擇適宜姿勢及用引流法等.以免其患復向上延.

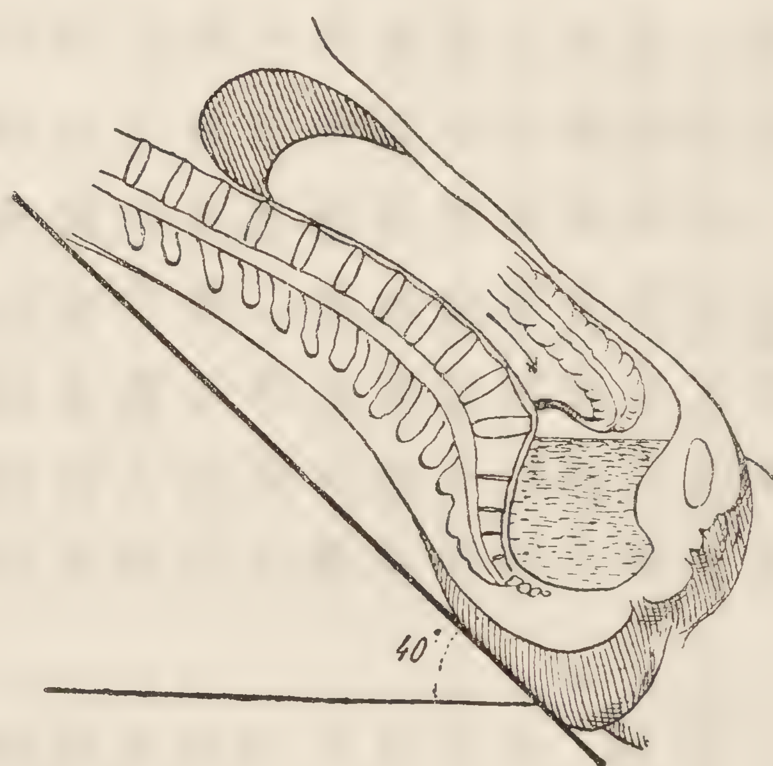
症狀 其初狀按受染之原由略有差異.緣傷而受外染者.尋常之狀即腹痛脹,腸胃充氣,嘔吐等.其痛先在定處或映射至臍.繼則速行四佈.且腹極膨脹.甚有觸痛.若確係此類病.所顯之狀必皆與下列者符合.病者仰臥屈膝以便腹肌弛緩.且使衣被不貼其身.腹脹而硬.捫之極痛.叩之始而全腹皆作鼓響.繼則若有滲液多積於腹內.則脇處有實響.但此狀不常顯.早期脈搏速而硬如鐵線.晚期脈搏弱而急且易壓.呼吸速而淺.屬乎胸類.體温因其原傷之故始而增高.繼則因血中毒致低於常.平常嘔吐最烈.或呃逆並作.所吐者初爲胃中之物.繼則雜以膽汁.或十二指腸內之分解物.雖常吐不止.但其所受之苦難較腸梗阻略輕.因腹肌一縮疼痛即增.故吐時費力不大.腸之蠕動因炎勢而止.故於腹膜炎病常有大便秘結及腸胃充氣

之狀。病勢增重時病人之力消減甚速.顯希坡卡特氏面容 Facies Hippocratica.(即臨終之貌).四肢寒凉.體温降低.終因腦力虛脫及中毒而死.

第三百六十九圖



第三百七十圖



此二圖表明瘵腹内之炎患作否琉耳氏臥式之益　上圖乃平臥若闌尾於盆上緣處發炎所生之液可向上下分流向上者流入肝膈處向下者流入盆處　下圖乃否琉耳氏臥式所生之液僅流入盆内

緣腸忽穿破者.其初起狀即雜有甚重之休克.倘穿破之孔甚大.腸中之物立即流出.嘔吐較因他故所致者爲重.以致速死.若穿破之處較小.休克之狀稍輕.症狀增重較緩.病最重者血中毒之症狀甚顯.約由十二至二十四小時即力竭而亡.但大半可遲至三四日.然亦間有痊瘉者.其痊瘉之前驅狀乃病者泄出腸氣.嘔吐漸止.脈漸較緩.局部之狀亦漸消.

治法　在初期若診斷倘未準確,或未定是否宜施手術.病者宜靜臥.最佳者乃按否琉耳氏臥式 Fowler's position.（第三百七十圖）.頭及軀幹宜高,與水平面成三十至四十度之角.俾腹内之液流入盆内.較勝於返流至腎窩.致有延至膈下之危險.勿由口食物.亦勿用瀉藥.惟用水灌洗直腸潔淨大腸.隨復灌鹽

液以止渴.未診定之先用嗎啡及鴉片最宜謹愼.免致症狀被掩也.設用之令嘔吐減輕.病者顯舒暢之僞狀.必致手術有所躭悞.然嗎啡略有限制病勢之用.以助病處發生粘着.預備施手術之時可與嗎啡少許.旣能暢病者之精神.亦能保其身力.

手術之大小及其特式自有不同.乃視乎病之原因及其顯狀而異.後再詳論.茲只論其大綱.尋常循腹正中線或正中線旁開腹.除確知病在腹上半者外.在腹下半開之較佳於上半.按施手術之目的有三:(一)査病原而處理之.如有破處則縫閉.或闌尾破而成壞疽則截除之.(二)潔淨腹腔而除去滲液.有外科士專賴無菌綿球拭蘸滲液.若液限於一處而不瀰漫此法最善.若有甚多之膿性漿液居於盆處,或延至腎窩,或膈肌下面.則用灌洗法較佳.須用熱至一百零七度(41.5°)之無毒鹽液.灌洗時宜防腸突出.且有時於兩腰處或恥骨上另割一對口.以便滲液放出.隨將灌洗之無菌管插入.手執管嘴冲洗腹內各處.其滲液卽隨割口內所置之管流出.若容腸突露甚爲不佳.倘將腸取出潔淨之必加增休克.則益不敵損矣.總之速入速出一言洵爲良善.切宜記腹膜甚有吸收力.若炎未至甚劇而滲液尙未成膿時儘可賴腹膜消散之.(三)凡治此病大約皆須排液.用玻璃管或橡皮管均可.至於管內有無紗條聽其自便.若用奇忒氏管 Keith's tube.其中之紗條宜日換二次.並用玻璃水唧下續以無毒之放尿管將傷底之滲液吸出.約越四十八小時可將玻管取出代以橡皮管.俟滲液減少再代以紗條.施行此法則腹之割口自未完全縫合.然按吾儕經驗而知腹膜有若干消毒及抵抗之力.故滲液若祇爲漿液性.且病尙在早期.並局部之病竈已妥善處理.則可免用排液法.

若腸甚緊張不易檢查病處.或腸突出不易復回.可將小腸之一蟠刺一孔放出其內之物.或將一橡皮管縫於腸內任其自

流.其腸所成之漏俟後日補之. 如此減其緊張洵爲收效之必要.然以少動其腸爲佳. 若只將腸刺一孔隨即縫合.則可在縫合腹壁之先用硫酸鎂飽和溶液數兩注射腸內. 亦有手術既畢.將番木鼈素 Strychnine 或厄司林 Eserine 注射皮下者.乃爲激腸壁之不隨意肌纖維俾其活動不致腸脹也.

病者於迷蒙後既復醒.即宜作否琉耳氏臥式.以助滲液下行入盆部. 並應由直腸或皮下連續注射鹽液可解淡毒素易於排洩. 若病勢漸退.則體溫低降,脈搏漸緩,嘔吐亦止或見輕,疼痛亦減,病者自覺舒爽,面容亦較佳. 第二日腸因氣約即復脹.必設法消之.最妙者乃用松節油灌入直腸.隨用蓖麻油或硫酸鈉一劑,或屢用小劑量甘汞.待大便已通病者則覺舒暢.痊瘉有望矣.

割口必常換敷料.因有多液流出也.割口邊之脂肪織及腱膜或略潰爛. 液既減少可漸次將引流管剪短.終則以紗條代之.傷口之深處既生肉芽可用合口膏條將傷口輳近.俾腹壁之健力不致有缺.痊瘉後用一堅硬之腰帶束腹更佳.

(二)急性限局性腹膜炎 Acute Localised Peritonitis. 約因腹內一處有損害,繞此處之腹膜生粘着物,致患處不與腹腔相通.繼而化膿成腹膜內膿腫.但不累及腹全腔.闌尾炎或盆腹膜炎所致之膿腫多半係此類. 有時粘着所成之膿腫壁被穿破致腹膜成瀰漫性炎.或膿向外由皮面穿頭.或破入空器官內.

症狀. 病者自言甚痛.捫之尤痛.約限於患區.發熱.嘔吐.大便秘結. 始初不腫.亦無瘤塊.捫之僅見腹壁有抵抗力.即健而硬.似有保護患區之勢. 滲液加增時則顯有瘤塊.叩之則發實響或鼓響.此塊係腸與大網膜粘着而成.有時兼有多少不等之滲液.倘瘤塊居於深處叩之則無實響.因腸之一二蟠居於病處之前也. 若膿腫向外面直穿.則腹壁發炎.色紅水腫.捫該處則

覺堅硬.割之有似鹹肉.終則硬塊中央軟化.顯波動之狀.則膿自由此處穿破.或被割開. 其中之膿有時稀而臭.因含大腸桿菌也. 當其成膿腫時疼痛加重.周身甚覺不爽. 若以無菌法割開而引流.則速消縮以至痊癒.但腹膜所有之粘着日後可阻腸之動能. 若欲定其是否化膿實非易事.然屢用血球計算法.則大有補助.(見三十二面).

治法 令病者靜臥.少食.或用嗎啡少許.並於局部敷熱物.用灌腸法潔淨大腸或可使之消散. 若已有化膿之狀.即速治勿緩.恐炎勢佈入腹膜全腔或膿穿入腹膜腔也.當此時尤宜早用探察開腹術. 可按醫闌尾炎法治之.庶不致有誤.(見下).

(三 慢性單純性腹膜炎 Simple Chronic Peritonitis. 罕用外科法處理之.因其屬護庇性非毀壞性也. 其特狀卽腹膜被浸潤而變厚.故腸壁較堅.可阻菌類侵入. 此病或爲限局性或爲瀰漫性.大約繼炎病而起. 瀰漫性者繼已癒之腹膜炎而起.諸腸相粘甚重.大網膜捲縮而成索形.橫列於腹上部.遲早必致有慢性梗阻. 限局性者多因損傷或炎而起.因損傷而起者有粘性之淋巴佈於漿膜之傷處.故大網膜或腸與之相粘.施開腹術割口瘢痕之深面常顯如是之狀. 因炎而起者亦易成粘着.如胃潰瘍,闌尾炎,腸系膜淋巴腺腫大,及輸卵管積膿等. 如情形良好在早期時所有之粘着可被吸收.倘不被吸收可藉腸之動力變成長圓形而成韌帶樣索.此常爲急性腸梗阻之原由.觀網膜之列式卽知其何以常受累.亦可知其何以阻炎蔓延也.

腸粘着有時不顯症狀.但或致結腸痠痛.並令蠕動不規則.亦或與腹壁成粘着.卽如胃與之粘着.必致該處常痛.足爲切開探察之指徵.

(四)結核性腹膜炎 Tuberculous Peritonitis. 約只限於幼年人.大都繼他處結核而起.如腸,腸系膜淋巴腺,輸卵管,睾丸等.

結核有時只限於腹膜腔之一部.起自盆及闌尾者多如是.惟瀰漫性者較多見. 其顯狀有數類.或同時而顯.或一一相繼而顯.

(甲)水腹類.腹膜變厚.充血.結核佈於其上.其結核有小而色灰透明者.有較大而成乾酪樣者. 滲液甚多.色淡黃.或似血清.病劇者液內含血. 腹膜面皆顯片片之血絲.惟腸無甚相粘之弊. 有時其液被腸蟠限於一處而成包圍性定處之液體團.

(乙)纖維性類.有闊大之粘着.將腸彼此相貼.粘着之間有結核病竈.且腸系膜被浸潤而皺縮.將腸固定於腹後壁. 大網膜亦常爲其所累而向上捲縮.成爲長軸之瘤塊橫列臍上.滲液甚少.且常被包裹. 有此等形狀腸易致扭轉而成梗阻.

(丙)膿性類.其特狀乃於腸蟠之間有結核病竈.先有乾酪樣變.繼則化膿.此膿腫易破入腸.或可破入兩腸蟠致成一相通之瘻.且有時向外穿至皮面而破.臍則爲其常穿破之處.後或致成糞瘻. 以上諸類.有時可被腸內之大腸桿菌所染.致有急性瀰漫性腹膜炎之狀.

症狀 其狀無定例.初起時難以鑑定. 初爲急性類者少.其狀即腹痛而脹.體溫常高.可令人疑爲腸熱病.但腹壁堅硬.捫之甚痛.叩之可知腹腔有液體.雖有嘔吐便結.但不甚重. 此類病者身體自消瘦甚速.若係青年婦人須詳查盆之內臟.因此類常係生殖器結核之併發病. 慢性類.早狀即體弱,腹覺不適,且常腹瀉,或結瀉相迭而作. 體溫顯癆瘵熱之狀.間或少瘉.但時瘉時發.徒增其痛弱之狀.繼則漸漸加重.體瘦如柴.腹亦凸大.用捫法所查之腹狀.按其病類各有不同.

治法 初起時得內科士治之或可見效.急性類見效尤易.應用衛生法.使病人居清氣中.常臥牀上.多食精美易消化之食品.亦可服魚肝油.並可用腸內之防菌藥,如薩羅,木焦油等品.腹外用碘酒或其抹膏塗抹之.在內科醫士中多認可此法.他醫則

喜用斯科忒氏敷劑 Scott's dressing. 倘無效則應從事手術.若係慢性水腹類.理宜用放液刺術或開腹術將腹中液放出.如用開腹術無須灌洗.應將割口全行縫合.此法大約百人中有七十五人可因之治癒. 急性者開腹之後傷口常易染結核病.因腹膜腔所出之液染力甚大之故.且割口癒合亦甚遲.故對於此類不宜用手術. 若有瀰漫性或限局性化膿.對於所能達到之粘着須輕手撕裂.使膿外流.但不必搜索化膿之病竈.恐易扯破其腸也. 醫治此類其效較上類大遜.

肺炎菌性腹膜炎 Pneumococcal Peritonitis. 大半係肺炎或胸膜炎所染而致.此菌由血循環或膈之淋巴管傳至.且有時原發性病竈居咽或中耳內.但不多見. 有時腹膜炎爲原發性病.乃肺炎球菌穿無恙之粘膜,如由腸及闌尾等處而來,或直接由輸卵管而染之. 此炎幼女每易患之.初起約係急性.或速被包圍而成慢性膿腫.或至終爲急性厥狀甚重.速被包圍者在早期疼痛嘔吐較重.且畧作瀉.體溫過度.膿緩緩蓄積.而無特別之疼痛.膿先聚於腹下部.漸充諸全腹.叩其腹腔實響甚顯.病者速消瘦.間或膿於臍處穿頭.膿流出之後亦有自癒者. 較急性者其經過與上論之膿球菌所致之急性瀰漫性腹膜炎同.力易耗竭.死期亦速.有時其特狀卽腹瀉.其膿常與肺炎膿胸之膿相似.內有許多假膜.亦有時不過爲平常之膿.在其中易查出肺炎球菌.數其血球可見白血球甚增多.然膿球菌所致腹膜炎之重者絕無此狀也。 急性類之治法.卽用開腹術及引流法.但病輕者宜小心看守.按狀施治可耳.

淋病性腹膜炎 Gonorrheal Peritonitis. 常見於婦人.乃淋病球菌由子宮向上直佈而致.或繼輸卵管卵巢發炎而起.或同時並發.(男子間有患此病者). 平常必有淋病之歷史及多少不等之溢液.此患約於經期之後,或用手技於輸卵管卵巢之後而起,其起急促.自謂盆部極痛.嘔吐.腹脹.發熱.捫盆邊之上覺有腫塊. 倘醫之得法則速減輕而癒.但易遺粘着.致日後不能受孕,或輸卵管積膿. 又有滲液甚多者.但有界限.故豫後約佳. 治法宜令歇息.腹部敷熱濕布.用熱水灌洗陰道.節制飲食. 若收效弗速.可於腹之正中線用開腹術俾膿流出.並置引流管.輸卵管卵巢皆應查視.有時須完全截除方可收效.

膈下膿腫 Subphrenic Abscess. 卽膿生於膈之下方.可分兩類.一腹膜內者.此最常見.有時非但在膈下且在肝下.一腹膜後或外者.

原因 原因甚繁.故症狀因之而異:(一)由胃起者常見.多由慢性潰瘍所染. 倘胃前壁受累.則膿腫之界限,後有小網膜及胃,上有膈及肝左葉,右有鐮狀靭帶,下有胃與大網膜或腹前壁所成之粘着,(第三百七十一圖).此常在胸骨劍突之左側穿頭.若潰瘍居於前壁近賁門處.則膿腫近脾.穿頭常在左肋下緣之下. 若膿腫生於胃後壁.小網膜囊必充滿膿.並有粘着使網膜孔封閉.致膿不克由之而出.胃被擠向前.膿則向上.每於正中線之左胃之上而顯現.但最多見者小網膜囊先已閉結.而膿腫生於腹膜後組織之內. (二)由十二指腸潰瘍起者.其狀亦與上相似.倘潰瘍居十二指腸之第一二部則易生腹膜內膿腫.其界限係肝,結腸,大網膜及腹前壁.有時膿能於肝後上行. 若因十二指腸潰瘍致腹膜後膿腫.其膿必於肝膈之間上行.或下行至腰. (三)闌尾亦爲膈下膿腫之一根原.膿由腹膜之後外行.或循升結腸之內外壁而行. (四)亦有由肝,結腸,小腸,或腹膜後之腎,肋骨,脊椎等而致膈下膿腫者. 有云凡膈下膿腫百分中約有八十係胃及十二指腸潰瘍而致.

第三百七十一圖

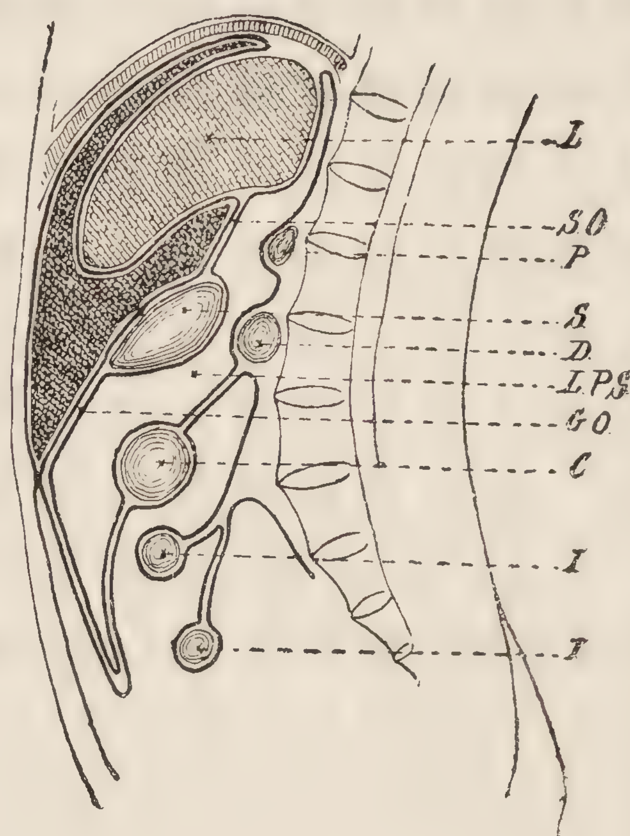


Fig. 371 —DIAGRAM OF SUBPHRENIC AND SUBHEPATIC ABSCESS DUE TO EXTENSION FROM AN ULCER OF THE ANTERIOR WALL OF THE STOMACH

此圖表明膈下及肝下膿腫由胃前壁之潰瘍所延及者

D 十二指腸 LPS 小網膜囊
GO 大網膜 I 小腸 S 胃
P 胰腺 SO 小網膜
L 肝 C 橫結腸

膿腫內或獨含膿,或並含氣.此氣或因膿腫與腸相通而致.若不相通乃由大腸桿菌之作用而生.此名膈下膿氣胸 subphrenic

pyo-pneumothorax. 膿腫既生於膈下.必漸延闊.致使膈移上.繼則染及胸膜.其染或由淋巴管吸收力.或由相續之組織而致卽令胸腔之底滲出漿液.或化膿而成胸底積膿.

症狀 頗不同.或先顯致病原之症狀.或猝發.或漸顯. 體温升高.有時發寒戰一二次.腹上部疼痛.兼有嘔吐.大便秘結.呼吸時其痛加甚.或映射至肩. 捫之腹一側之肌勁縮.或一處腫高.叩之按其內之爲氣或膿而有實響鼓響之別.肋間或有凸脹處. 在右側有時膈被擠而高起.肝下降.倘膿腫內含氣.則於肝實響區肺空響區之間叩之則得鼓響. 在左側心膈同時被擠向上.但心不移位向旁.此與膿胸氣胸鑒別之要點. 用X光線可見膈向上離位之勢.並見受患之側失其動力. 成膿與否計算其血球卽可推測而知.

治法 須在最便之處割開而引流.多半在腹前部循肋下緣而開之.但有時於相對仍須另作割口. 倘膿腫不向前凸.莫妙作一割口穿過胸膜腔.與醫某種肝膿腫之法相同.割口居腋中線之後.應截除第八九肋骨之一段.若兼患膿胸可先引流.繼於膈肌另開一口.若已穿有孔則勿庸割之.倘胸膜腔未受染.應於未割膈肌之前將胸膜之膈層與壁層縫合.然後割口可也.

水腹 Ascites. 卽腹膜腔積液.常屬漿液類. 原因多關於內科.如肝硬化,慢性伯瑞特氏病,及各種心病是也. 亦有由門靜脈被壓而致者.如肝門之淋巴腺受腸胃癌之累.或因十二指腸潰瘍.及膽囊石,而生纖維粘着等. 倘腹膜徧生惡性腫瘤.或因包蟲囊腫之激刺等類.皆足令腹屯積液體. 乳糜性水腹 Chylous ascites. 乃液內雜有乳糜.其色似乳.平常之原因多係胸導管被胃癌之淋巴腺繼發癌所壓.致乳糜池破裂. 包繞性水腹 encysted ascites. 乃腹膜腔因發炎而成粘着.致腔之一部分積液而脹也.

徵狀 水腹易識.卽腹脹似桶.且腰部凸起.患者仰臥時腰部有實響.實響之上界四圍相平.但近臍處有空響.此緣腸蟠浮上而致也. 若使患者反轉側臥.則實響空響之位亦必遷移.最高處則顯有空響.若腸系膜甚短,或腸被束於腹後,則響位不移.

如以手拍之有動波傳至彼側. 其液亦充滿腹膜憩室.如未閉合之腹膜鞘突及赫尼亞囊是也.

診斷 水腹不難診斷.但醫者必尋得其源而後已.然有時雖放出液便於捫查腹內臟而仍不易得其源.

治法 隨病原而異.若患者因腹脹而氣喘.宜施放液刺術爲要.平常放法.卽使患者坐於椅.以絨布帶束腹.撕裂布帶之兩端至距中點六吋爲止.將未撕之部分置腹前.將撕開者繞過腰後令助手持定以壓擠腹中所存之液.先應小便以空膀胱.繼則小心叩腹尋響聲極實之處.隨卽滅皮上之菌.再以刀割一小口.繼用合宜之套針刺入.平常刺針宜在腹中線臍下之處.若於腰處刺之亦可.有醫者喜將液緩緩放出以防休克.故以用二三掃退氏導液細管爲妙. 腹水放後常復儲積.故仍須再放.若病原可疑.醫者應於腹壁鬆時小心用捫法以查內臟.若遇難辨之病則須檢查液內細胞.如係惡性腫瘤有時可尋見癌細胞及血細胞. 倘其原仍不克定準.施探察開腹術甚有資助.

若因肝硬化而致.用大網膜縫定術 epiplopexy 有時獲益.此手術之目的.卽將門靜脈與軀幹靜脈開一新交通路.以解門靜脈之阻碍也. 其法卽將大網膜縫於腹壁令成粘着.施此手術時宜用引流法使腹膜乾潔.有謂其所以見效者因得引流之利也. 然因此而死者亦頗不少.肝小者更甚. 若在肝肥大性硬化最能見效. 此法現在試用時代.所得之據卽於合宜之病見效甚速也.

大網膜病 AFFECTIONS OF THE GREAT OMENTUM

大網膜關於外科之最要者乃在腹中遮護腹內臟.具有移徙之能.故能將薄弱及欲穿破或受染等處護衛之.則病者不致有重炎之虞。然雖能保護未免生粘着物.此粘着物因常動則鬆弛而成索形.且可因此而致各種之腸梗阻。大網膜之保護力各外科家均已承認而利用之.故於療腸時將大網膜遮蓋腸壁之割口縫合之以保不虞.此等預防法只偶然用之.然最善將大網膜割取一塊裹於腸而縫妥之。

有時網膜有扯破成孔之患.每因外傷所致.其狀即疼痛,休克,及腹內出血等。但或兼有他傷.日後此孔或爲內絞窄性赫尼亞之原由也.

急性大網膜炎 常因治赫尼亞時大網膜之縛線有菌而受染所致. 其輕重視乎菌之毒力而別.或致急性瀰漫性腹膜炎.較輕者或成限局性炎,或化膿.有時致腹膜內積膿甚多.

大網膜扭轉 Torsion of Omentum. 此多爲難復性赫尼亞之併發患.右側多患之。常因用力過度而起.隨即靜脈積血.血漿滲出.後成粘着.倘爲時過久即成壞疽,或成瀰漫性腹膜炎.其狀即於右髂凹及陰囊處驟起疼痛.並有便結嘔吐之狀.赫尼亞團漸大.捫之有覺痛之塊.從髂處上延叩之有實響,有時能至臍上處.體溫如常.但脈搏加速。治法宜用手術將受累之大網膜截除.

慢性腹膜炎.無論爲單純性或結核性.或令大網膜上捲成卷軸形.在臍畧上橫列腹中.若在大網膜及肝之間叩之常有一帶顯空響.此爲診斷之確證.

大網膜亦能被繼發性癌結節浸潤.有時可以捫出.應否施手術常藉此決定.大網膜癌有膠樣變者甚多.於剖屍室內見有似膠頗大之塊.即大網膜癌所成.亦常致許多滲液積於腹膜腔.

腸系膜病 AFFECTIONS OF THE MESENTERY

腸系膜損傷 有由穿傷者.亦有由未穿傷者.大約腸兼有扯裂之害而顯出血之狀.繼由腸傷傳染致成瀰漫性腹膜炎.

腸系膜獨受傷而未傷及腸壁者多由穿傷或槍彈傷所致.出血之多寡不定.若患者未死.腸之滋養力或大受損害. 若用探察術而得其傷處.宜急止出血.縫合系膜之孔.止血時宜注意腸血管之榮養作用良否.倘縛腸系膜動脈之大枝恐腸成壞疽.則不得不截除腸之一部分耳.

腸系膜血管血栓形成 Thrombosis of Mesenteric Vessels. 除狹窄或扭結所致者外.常因動脈被栓子所塞而起.但有起於靜脈由肝而下延者.亦有由腸潰瘍而生者. 先有急痛.繼顯急性梗阻狀.腸被靜脈血充滿而成壞疽.有時腸內有帶血之滲液致大便色黑. 腹膜腔亦存甚多帶血之漿液.後則變爲惡臭.除施手術外.少有能診斷者.祇截除已壞死之腸而施暫時腸成口術.或稍有望耳.倘患者不至於死.後再將腸接續.

腸系膜淋巴腺炎 有時因腸病,如腸熱病潰瘍,或慢性闌尾炎所致.除成膿瘇須開而放之外.不必特爲注意. 若病勢不如是之重.腹膜必兼患限局性炎.致炎處滲出粘性之淋巴.令大網膜獨立緣,輸卵管繖端,闌尾,大腸脂垂,等相粘.此等之粘着日後能致腸梗阻之弊. 凡腹中因病所起之帶大半與腸膜系相連.

腸系膜淋巴腺結核病 小兒多患之.約係腸結核所染而致.若系膜受累甚闊大.則僅有衛生及藥療二法可治之.有時其效頗著.但日後或成結核性腹膜炎. 亦有時淋巴腺漸有石灰性變.若用X光線視之易誤認爲輸尿管石. 亦有淋巴腺成乾酪樣變者.或液化以致發炎.若累及迴腸下份之系膜可致

誤診為闌尾炎. 有時於髂凹處成限局性巨塊.可用手術截除之.亦有淋巴腺化膿者.故外科士應小心著手.與截除闌尾炎膿腫相似. 且有時淋巴腺與鄰近之處相粘.或致腸梗阻.

腸系膜囊腫 此患少見.多由淋巴系統而起.單獨性者含淋巴或乳糜.多數性者係海綿狀淋巴管瘤. 有時見有血囊腫及皮樣囊腫.此二囊腫約生於迴腸之系膜.即在臍後或略下.腹中漸顯一彈力性圓團.可左右移動.腸之動力或作用常受其擾.倘生長甚大.叩之則有實響.但常有腸受病之蟠橫過囊腫面致易誤斷為卵巢囊腫或胰腺囊腫.但不施手術則難診斷明確.

治法即用摘出術.或割口而引流.已被累之腸蟠截除與否聽醫自便.

腸系膜腫瘤 有時生於系膜根或後.多係腹膜後脂肪瘤或肉瘤類. 脂肪瘤生長至極大.其所以致命者乃因壓迫也.肉腫瘤之組織雖近似脂肪瘤.但早侵入鄰組織. 非開腹不能斷準.應截除與否須視其與系膜血管之關連若何.萬不可傷之也.至於腹膜後肉瘤鮮有能剜出者.

胃病 AFFECTIONS OF THE STOMACH

胃之賁門居於第七肋軟骨與胸骨之交點後約四吋 (100 mm) 處.胃底最高之處至第五左肋與乳頭線相齊. 幽門於胃空時居身之正中線在胸骨上切迹與恥骨聯合之中點.(此名阿地森氏幽門之平面).於胃滿時略偏右而微下. 胃之下緣用聽叩二診法可辨明之.即將聽診器置於胃處之中向四圍叩之.一至其緣即因其變響而知之矣.

若胃因病擴張即向下而大.但幽門及小彎仍居原位.因被小網膜所繫故胃向盆而下凹成為管形.致所含之液體屯積而分解釀氣.有時可見蠕動之浪經過腹面.若以指叩之或壓之可聽得似水之滌盪聲. 若插通胃管將氣吹入.或以灌氣筒灌滿,或服生炭氣之藥,如酒石酸及炭酸鈉各十至二十厘 (0.7—1.3 gm). 皆可令胃脹氣.則可查明其大小及形式.

用X光線以顯明胃之動能及形式甚佳.其法乃於粥或牛乳加饅首,並加硫酸鋇一至二兩 bismuth sulphate (30—60 gm) 作餐食之.隨以X光線

RADIOGRAMS OF THE STOMACH AFTER BARIUM MEALS

食鋇餐後胃之攝影圖

第三百七十二圖

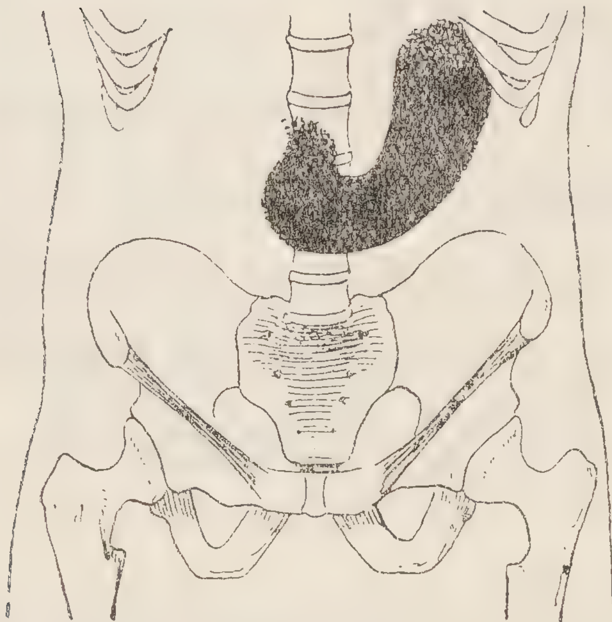


Fig. 372.—NORMAL STOMACH

正常胃之影

第三百七十三圖

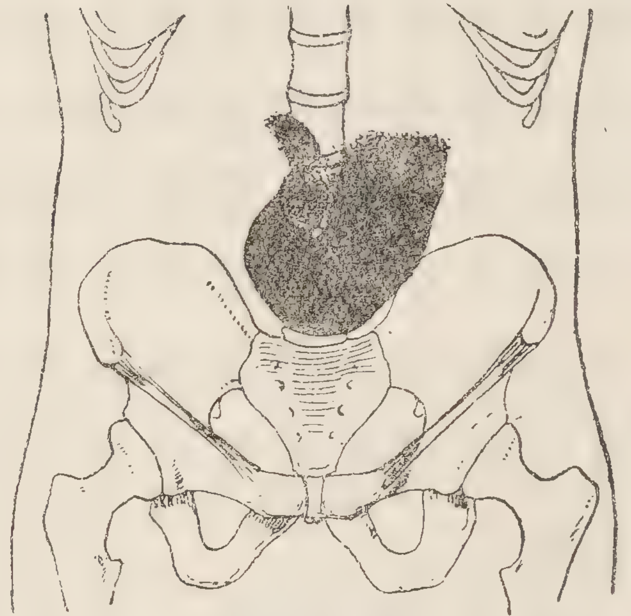


Fig. 373 —MODERATE GASTROPTOSIS

輕類胃下垂之影

第三百七十四圖

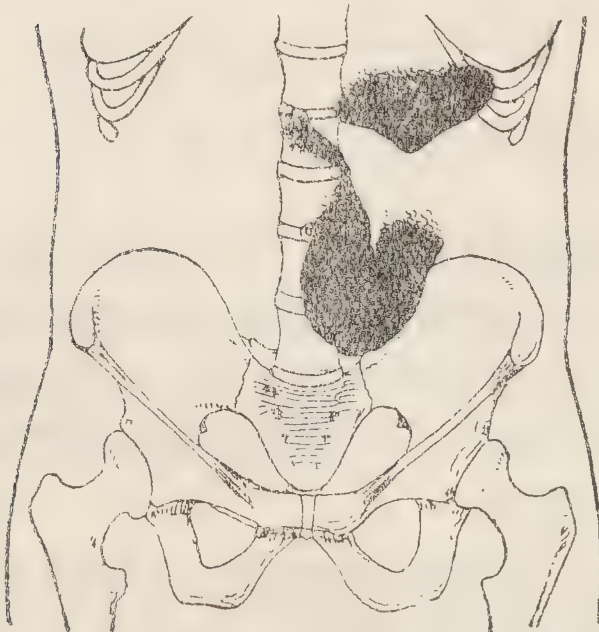


Fig. 374.—HOUR-GLASS CONTRACTION OF STOMACH

葫蘆形胃之影

第三百七十五圖

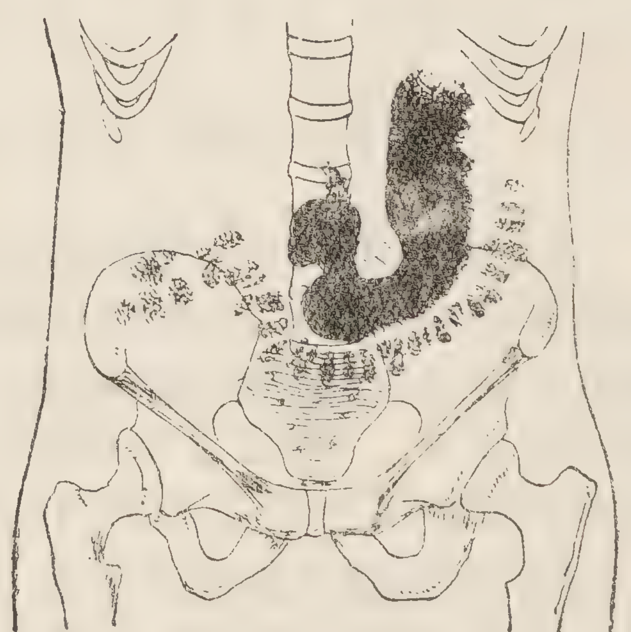


Fig. 375.—CANCER OF STOMACH

生癌胃之影

The excavation of the upper border of the shadow marks the site of the cancer

影上緣之凹處乃表明癌之地位

隔時照之.如此則鋇影可顯明胃形之改變.(第三百七十二至五圖)。胃大彎之位宜在臍略下.(因鋇餐之重所致).越四小時胃應自空.胃幽門端之形式亦甚關要.　然其位置按病者身體之姿勢而異.在臥時則所得之影較準確.　又有一法.可直接窺察胃之內面.(乃用胃鏡檢查術).

若詳查胃之分泌等物.對於鑑定胃之作用多得佐助.簡單而最有用之法乃檢查胃內所餘之殘渣 gastric residuum. 卽前十二小時禁絕病者之飲食.厥後取出胃內之物檢查如下:

(甲)化學檢查法.正常胃內殘渣之量爲二十至五十西西.若較多或有胃擴張之患.　殘渣中正常總酸度之平均數係百分之〇・一一克.而獨立氫氯酸之平均數約百分之〇・〇七克.然無病者有百分之十顯氫氯酸過度.百分之四顯氫氯酸缺乏.　若含有機酸如乳酸.則表明有發酵之弊.且獨立氫氯酸必較少.蓋發酵菌不能生育於酸性物中也.　若渣內含血.並確知血非由齦,口,或胃筒之傷而來.此甚爲緊要.　若渣含膽汁.乃表明從十二指腸返流而來.然無關緊要.無病者亦或有之.　所含之粘液須甚少.並加碘酒試之不宜顯有澱粉之藍色反應.

(乙)顯微鏡檢查法.除由口嚥下之涎液外.不應含何細胞,食屑,細菌等.　若胃有病.或可得膿細胞,赤血球,內皮細胞,或瘤細胞等.　鱗狀上皮細胞無關重要,約從口咽或食管而來.　若有澱粉粒體,植物纖維素,或未消化之肌纖維.乃表明消化之作用緩慢.

(丙)細菌學檢查法.無甚價值.若有氯酸發酵則常見俄割波阿氏桿菌 Oppler-Boas bacillus. 是以多見之於胃癌.　總之檢查胃殘渣之優點.乃不似試驗餐之富有澱粉粒體及釀母細胞.致顯微鏡檢查法歸於無用.　其劣點乃不能表顯胃受激刺之反應如何也.

曩昔之試驗餐. test meal. 禁飲食後則令食烤麵包而莫加黃油.並飲茶而莫加乳.俟一小時則取出胃之內容按上法檢查之.　如此則正常總酸度之平均數乃百分之〇・一五至〇・二六克.其獨立氫氯酸爲百分之〇・〇七至〇・一五克.若先除去胃內之殘渣尤妙.因該渣或至數百西西致試得之效果不準確也.

近今多用分析試驗餐 fractional test meal 以代之.蓋吾儕已知酸度按餐後時間之多寡而有改變.其法卽從晚間禁食至翌晨.則用胃筒取出殘渣而檢查之.繼留胃筒於胃內.而食易消化之食物(如饅首麵包類)及茶水等.厥後每十五分鐘或二十分鐘取出內物五至十西西直至胃空.檢查其酸度.將每次查得之酸度數畫一縱橫綫之圖以記之.而將所得者連成一曲綫.
但所得之曲綫各有不同.故不可祇依此而斷定.須與上各法及臨診之症狀合參方可.　在胃無恙時則澱粉於二小時以內應完全出胃而入十二指腸.

氫氯酸過度.患慢性十二指腸潰瘍者強半顯之.並見於他反射性消化不

良,如膽石闌尾炎等.及見於致幽門括約肌痙攣之患. 氫氯酸缺乏.患胃癌者大多數顯之.但不盡然. 至於胃潰瘍則氫氯酸多寡無定.

胃破裂 因腹上部受擊,或跌傷而致.飽食後尤易.平常破裂處在幽門端,或胃大彎近賁門處.有時因穿傷而致,如刀刺,或墜於釘欄之上.鄰近內臟常受其累.而肝與脾尤然.

症狀 甚劇烈及甚久之休克.腹上部痛.兼有嘔吐.所吐出者或雜有血.立能致急性膿性腹膜炎.速顯精力虛脫而死. 若傷處甚小,或胃內空虛,則所滲出極少或無.後祇成限局性腹膜內膿腫.該膿腫被粘着則與腹膜腔相隔.但遲早必破入胃,或結腸,或他空器官之內.亦有向外穿頭者.間有粘着處破裂致成瀰漫性腹膜炎者. 倘祇胃後壁損傷.則症狀與該處之穿通性潰瘍相似.(見下).

治法 診斷既確.應立卽開腹勿少遲延.不然每致無救.在臍上於中線開之.尋胃之傷處.將傷口用車內連孛二氏雙縫術縫閉.此術乃將傷邊內捲.縫過傷口兩端.(第三百六十三及五圖). 凡所流出之物小心擦淨.若腹膜腔尚未發炎卽不用灌洗法.恐將染質冲至他處也. 若胃後壁亦受傷,如槍彈所穿者.宜將大網膜劏一口以處理患處.且檢查而潔淨小網膜囊.若早施手術則腹膜炎勢畧小.或可將腹壁劏口全行縫合.但有時須在腹膜腔上部置紗條以作引流. 倘腹膜腔已發炎.則用急性腹膜炎療法甚宜.(見八百二十二面).

胃中異物 或由偶然吞下.或有意吞之.或係胃中自行凝結之質,如毛髮等.每因逐漸積存至成巨塊. 若係偶吞之物詢問病人自知. 若係毛髮團等則顯胃激刺之狀而自不解其故.至毛團積久而大.每誤疑爲腫瘤. 治法祇可用胃切開術將異物取出.倘異物之體僅小如錢可容其自下.

急性膿性胃炎 Acute Phlegmonous Gastritis. 此因胃粘膜下層被菌侵入而致.該層被白血球,血絲性滲液並細菌等微生物浸潤甚多.鏈球菌尤多見. 約終必化膿而成瀰漫性膿性之浸潤.或成限局性膿瘇.大小無定.或胃之全粘膜潰脫而吐出.若不立即因力耗竭或血中毒或瀰漫性腹膜炎而死.其胃亦必有重大之狹窄.必須用手術治之. 此病多見於患慢性消化不良之男人.其誘因或係所食之物不宜,或飲酒過度,或吞食潰藥等.亦有繼胃潰瘍或手術後而起者. 其狀即胃處疼痛,常吐,輾轉不安,有時譫妄,或腦力虛脫,脈搏加速,體温畧高. 大約斷定不易.只按狀施治而已.灌洗胃內或畧有益.

胃潰瘍 Ulcer of the Stomach. 此係最常見之病.然其結局或甚劇烈.蓋因本病或併發病或後發患而死者頗爲不少. 現只論二種.其他種無庸悉述.

(甲)急性胃潰瘍 多見於二十至三十歲之婦人.兼有疼痛嘔吐及嘔血約由小擦破處或小裂而起.速往深潰.或潰及小動脈致有出血之患. 進行甚速致腹膜不及顯抵抗反應.故有時穿破胃壁. 約因口或齒不潔而致.罕有大於一角銀錢者.在胃上緣於賁幽二門之間任何處均可患之.生於後面者較前面爲多. 此潰瘍每爲多數性.且有兩相對生者.似由互染而然. 其形圓.邊利而明顯.所蝕壞之胃壁外較內逐層減少.致成漏斗形.穿破時不在中點.多偏於一側. 剖屍者常見胃內有星芒形之疤痕.此可爲急性潰瘍能自瘥之證.除潰瘍居於幽門處之外.罕有狹窄之患.惟此種潰瘍多致出血.但鮮有致命者.

診斷及治療 多賴內科.然若穿破或出血須得外科家佐助. 穿破之症狀及治法與慢性者幾同.無庸贅述. 對於出血外科士不可輕易施手術以覓出血處而縛之.蓋因出血而死者罕見或無. 須用尋常之內科法治之.如使病者躺臥而禁食

物俾胃得完全安息.內服嗎啡.腹上部敷以冰墊.注射血漿於皮下以止血.且以多量鹽溶液加葡萄糖注射直腸內. 口鼻或咽之一般病竈須竭力處理. 倘有劇烈之復出血.宜施探察開腹術探明闌尾或膽諸管等有無病竈.但須俟出血已止,病者體力健強,始可施手術. 亦須記胃出血或因肝脾或心等患而致.

(乙)慢性胃潰瘍 較急性者劇甚.因此而致命不少.男人患之較女人多一倍.約在三十至五十歲之間. 原因不甚明悉.約從急性者而起.然無確證. 面積頗大.有時可累胃內面數方寸.平常爲單獨性.居於近幽門處或小彎. 形式無定.初起圓形最多.惟馬蹄形者爲患最甚.因能由胃小彎至胃之二面向下蔓延.終致縮窄而成葫蘆形胃. 潰瘍邊凸起而硬.且被浸潤.胃壁變厚而硬化. 若患之日久.則損失若干組織.甚至鄰近之器官如胰腺等被累. 患久者則有數種併發病.如出血過多.穿孔,各種胃周圍炎,及狹窄等.詳述於後.

症狀 茲祗論其大綱.欲詳研究須參觀內科書. 疼痛.病者來就診時大抵已疼痛多時.約在腹上部及背部.且在胸骨劍突畧下有一觸痛之區.腹壁上部畧顯強硬. 約在夜間發作.甚至將人痛醒. 須注意疼痛對於飲食之關係.卽飲食後無痛之時間從十五分鐘至二句鐘不等.其無痛時間之長短乃在潰瘍距幽門之遠近. 若安息且調理飲食.則痛及兼有之嘔吐畧輕.

出血亦常有之.若所出不多或爲隱匿性.須用顯微鏡或化學法檢查其糞方知.若多則自易鑒定.或致嘔血.或致黑糞.甚或不及救治. 檢查胃之內容可助鑒定.然所得之效果不甚準確.射線攝影術甚有襄助.然必須有專門家行之.有時試驗餐內之鋇除留於潰瘍之凹內.則現濃黑之影塊.幽門所成之影亦異常.且若有胃之何處狹窄亦易呈現.胃對於食物如何收納而滿,如何排出而空,亦不規則.

慢性胃潰瘍之患期甚久.疼痛嘔吐時輕時重相間顯現.且任何時均可有下述之併發患. 猶恐慢性潰瘍之區常爲胃癌之起點.

治法 在早期須安息而調理飲食.並處理局部之傳染性病竈,及他全身病.倘無效,或頻復發,或有劇烈而關生命之併發病,則須用手術治療. 手術之目的.非但欲使無症狀之時期較內科爲長,且欲免復發及併發病,暨變成癌之危險. 然手術不可致死率過多.且不可使疼痛及殘廢與未手術之前幾同劇烈.

所經用之多法各有其價値.而近今幾盡證明焉. 獨截除潰瘍.若潰瘍之大小及位置適宜.至截除後不甚顯畸形.此法甚佳.然恐強半致胃成甚大之畸形而阻碍其作用.故鮮能用之. 腸胃吻合術.此爲昔日常用之法.結果有時甚佳.亦有時較劣.若潰瘍近於幽門,致幽門狹窄,此術甚佳.否則無大用.因潰瘍仍在,且不能阻潰瘍延闊或變癌也. 對於大多數胃潰瘍之最佳手術惟胃一部截除術.卽截除胃之幽門部.而將所留之賁門部與空腸近段吻合也.(見下). 此手術之死率甚少.且潰瘍若已變成癌無須再施手術. 須記非用顯微鏡不能鑑定此等潰瘍是否已變成癌.

併發病 任爲急性慢性胃潰瘍所致之併發患幾同.故可並論如下.

(一)過多而恒久之出血 在胃潰瘍之死率中此非小故. 青年婦人所患之急性淺潰瘍,其血約從某小動脈而來.無庸施外科療法.若妥善處理不致傾命. 較慢性之潰瘍其血約從大血管而來.故較劇烈.甚至死於未及施治之前.如血來自胃左動脈之大枝.或來自潰瘍鄰近之曲張靜脈.或胃後壁被瘍毀壞,瘍底爲小網膜囊後方之胰腺等粘着而成,則血來自被潰破

之脾動脈.每致立時傾命. 至於如何施治尙待討論.強半醫士贊成不應施手術於血出之時.乃俟血止後不徒處理出血而治其標.且處理潰瘍而除其根.然亦有不願延遲而直接處理出血之區者. 現今尙未折衷孰是.但當時直接處理出血區自非輕易之事.若欲如此而行.於覓得出血區後可縛妥或烙之.或截除潰瘍,或截除胃之一部分,須按局部及全身之情況而定.

(二)穿破 此患不少見若不早診斷而治之危險甚大.患在胃前壁者較後壁多六倍.因前壁多有動力阻其生護庇之粘着也. 幼年人賁門端被累多於幽門端.但中年人患慢性潰瘍.其穿孔多近於幽門在胃小彎處. 其穿孔之大小不一.或小如針孔.或大如一角錢.潰瘍邊水腫而發炎者亦有之.若係慢性潰瘍.則邊厚而成瘢不能自閉.

症狀 視穿孔之大小及胃之虛實而異. 若前壁穿一大孔.則胃內所含之質易流入腹膜腔.患者忽覺腹上部極痛.並顯劇烈之休克.且速起急性瀰漫性腹膜炎.倘不早用手術治療則無救矣. 若穿孔小而胃空.起初之疼痛及休克越二十四小時漸退而病或自癒.蓋因穿孔被淋巴或大網膜塞閉也. 但強半胃內物漸漸滲漏.初起極痛.約在餐畢或餐間.顯於正中線.或畧顯休克.若躺臥約一二小時則休克自過.然痛仍在.其腹上部漸成強硬而甚有觸痛.厥後漸現急性瀰漫性腹膜炎之狀.

豫後 最不佳.早用外科法尙可收效.不然則腹膜一發炎即無救矣. 按病症統計表所記.不用手術療治而死者百分中有九十五.且手術愈晚則愈無希望.若越六小時用之尋常尙可癒.若未至十二小時亦或可癒.倘此時已過少有能癒者矣.

治法 若不用手術.宜令平臥以肛飼法養之.用嗎啡以阻腸之蠕動.或稍有望. 施手術固愈早愈妙.但能待一二小時容

休克之勢過.則更妙矣. 須在腹中正線或稍偏作割口乃佳.因不知穿破果在何處也.前所論醫穿傷之例.(見八百二十二面).用於此病適宜.至於用棉球拭去流出之胃物及灌洗腹腔尤宜.

對於潰瘍無須截除.只宜用連孛氏縫術將穿孔縫閉.且令穿處內翻而被掩埋.但有時因孔邊厚硬內翻甚難.須移植大網膜以蓋之. 亦有穿孔以不縫合爲妙者.或穿孔所居之處無法縫合.則可用無旁孔之引流管插入胃中.繞以紗布可免漏入腹膜腔之險.暫用肛飼法.其瘻日後亦不難自行閉合矣.

施手術時須檢查小網膜囊.因此囊可由他穿孔或由網膜孔以受染.倘於臨診時見甚重之症狀.而在開腹時見腹膜大腔無恙尤須查之.若小網膜囊亦無炎則須查闌尾.因闌尾病所顯之狀有時與胃破者相似. 未縫合腹壁割口前是否應用腸胃吻合術須用心斟酌.設穿孔累及幽門部恐日後有狹窄之患.若其人身力足壯.則立用此術.不然恐俟諸後日粘着已成則施行手術甚難.或無從施用也.

善後療法與瀰漫性腹膜炎同.(見八百二十四面).患者臥於牀宜速用坐式.二三日禁止由口進食物.只用肛飼法.用松節油灌腸劑清理腸道以免腹脹.

(三)胃周圍炎 Perigastric Inflammation. 多爲胃潰瘍常見之結果.有粘連性及化膿性之別.

粘連性胃周圍炎.有護庇之性.胃漿膜層局部變厚.慢性潰瘍較急性者多顯此患. 胃後壁常在小網膜囊處與胰腺前之漿膜相粘.此粘連之弊每能阻潰瘍痊癒.與脛骨膜粘固小腿阻潰瘍痊癒同.亦或胃前壁與腹膜之壁層相粘.致腹上部有定處作痛.胃膨脹時則尤甚. 治法即用開腹術將粘着處用兩綫縛之由中割斷.倘置之不理.非第有疼痛之患.恐致腸絞窄或梗阻也.

膿性胃周圍炎. 此患有時隨胃之小穿破處而起.漏質不多.但由胃潰瘍蔓延而胃內之菌侵入周圍組織所致者爲多.其結局乃成膈下膿腫.(見八百二十七面).內含氣否無定.可前穿腹壁,或穿膈而致膿胸病.且可由此穿破入肺,或穿破胸壁.致數處成瘻.胃內之物亦可由之流出. 若有膿腫宜剖開而引流.倘已成瘻治患處約無效.必須施腸胃吻合術.

(四)胃狹窄 多因胃潰瘍結瘢而致. 急性小潰瘍之瘢不過令胃皺縮而已.慢性大潰瘍能令胃形大變致成狹窄之患. 若窄處切近賁門.其狀與食管狹窄同.即病者嚥食越片時即吐出. 倘幽門被累胃即膨脹.且有特殊之嘔吐.(見幽門狹窄篇後詳). 若狹窄因潰瘍而成.其狀亦有因肌痙攣而致者.痙攣之由乃緣常見之胃酸過度也.

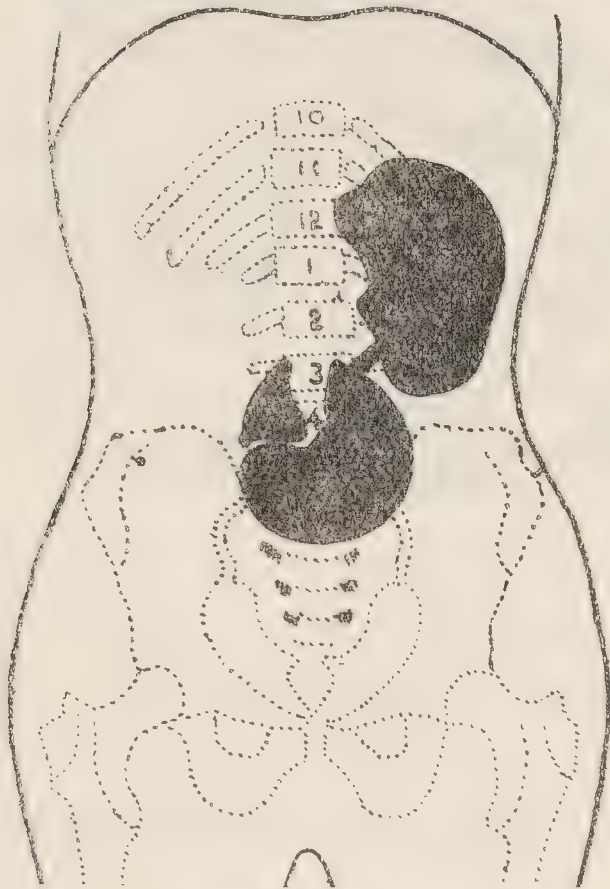
重類之胃狹窄乃因馬蹄形之潰瘍瘢所致.葫蘆形胃 hour-glass stomach 多因此而成.然胃周圍炎所致之粘着及癌病有時亦致成此形. 狹窄處常距幽門四吋.其窄勢至分胃爲兩半.多係大彎牽上向小彎致有二囊下垂.囊中積存食物而分解. 隨有畧似幽門狹窄之嘔吐.此因胃賁門囊膨脹之故.平常賁門囊較大於幽門囊. 若用水洗胃,所流回者較所用者少.因有少許存留於較小之幽門囊內也.以手捫察有時覺有濺盪聲.雖胃似空仍有是狀.且稍俟片時再插入洗胃筒.可吸回腐臭液.倘觸幽門囊此狀益甚. 胃既膨脹.則腹上部左側凸起.繼則減少.而右側之幽門囊則顯然矣.有時可捫出二囊及間溝.或可目睹. 若服鋇餐後用X光線照之.此二囊亦易顯出.(第三百七十六圖).

治法最妥善乃完全截除狹窄之份令胃復其原形.倘不能行或可使二囊在近大彎處吻合.以便近側囊內之物流入遠側囊而免膨脹.此術較腸胃雙吻合術 double gastro-enterostomy 爲佳.蓋雙吻合術係將二囊各與空腸吻合.但能不用乃妙.

TRACINGS OF RADIOGRAPHIC EXAMINATIONS OF BARIUM MEAL IN A CASE OF HOUR-GLASS STOMACH

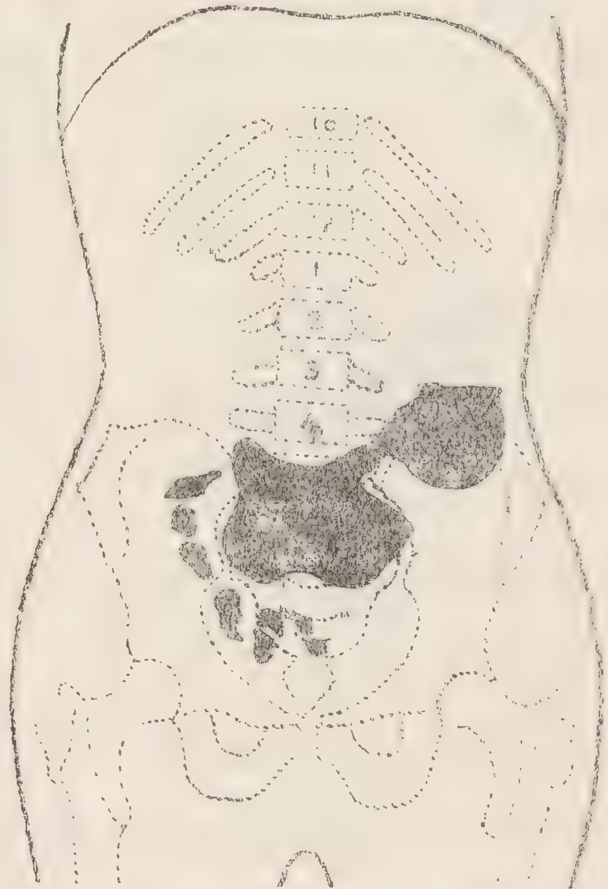
葫蘆形胃食試驗餐後之攝形圖

第三百七十六圖



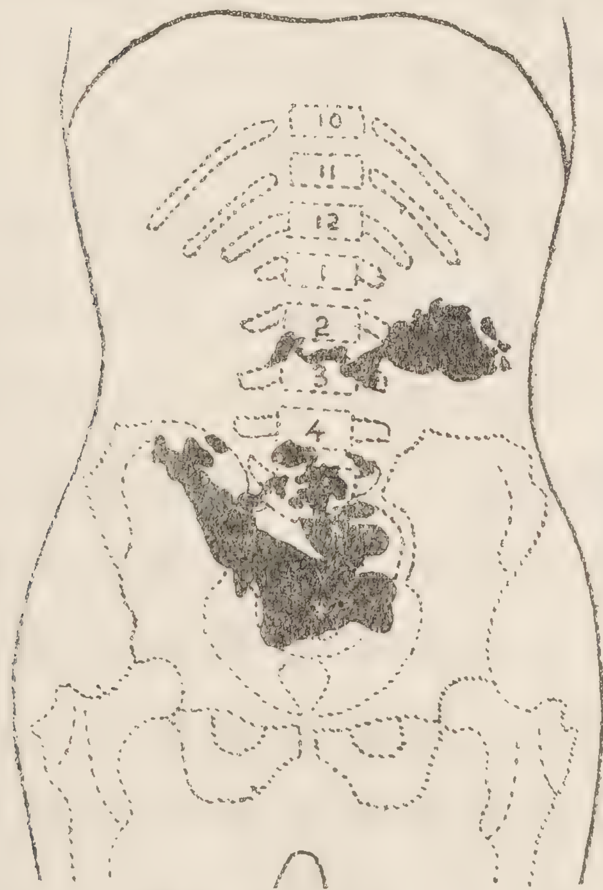
食後立時攝影益明胃爲葫蘆形有窄狹以連兩囊

第三百七十七圖



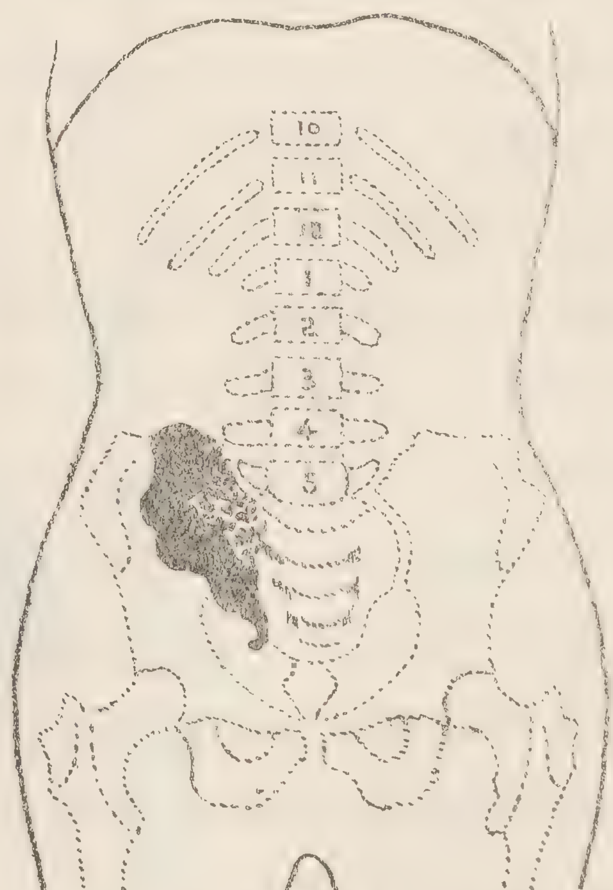
食後二小時攝影鋇餐强半仍居胃內因鋇之重量故胃下垂鋇餐有少許居小腸內

第三百七十八圖



食後八小時攝影鋇餐仍有少許居胃之遠側囊內而囊稍往上回復鋇餐强半居小腸內

第三百七十九圖



食後十二小時攝影胃已空而鋇餐居盲腸及升結腸內

第三百八十圖



Fig. 380.—CANCER OF PYLORIC END OF STOMACH

幽門癌

可見癌至十二指腸上端則止

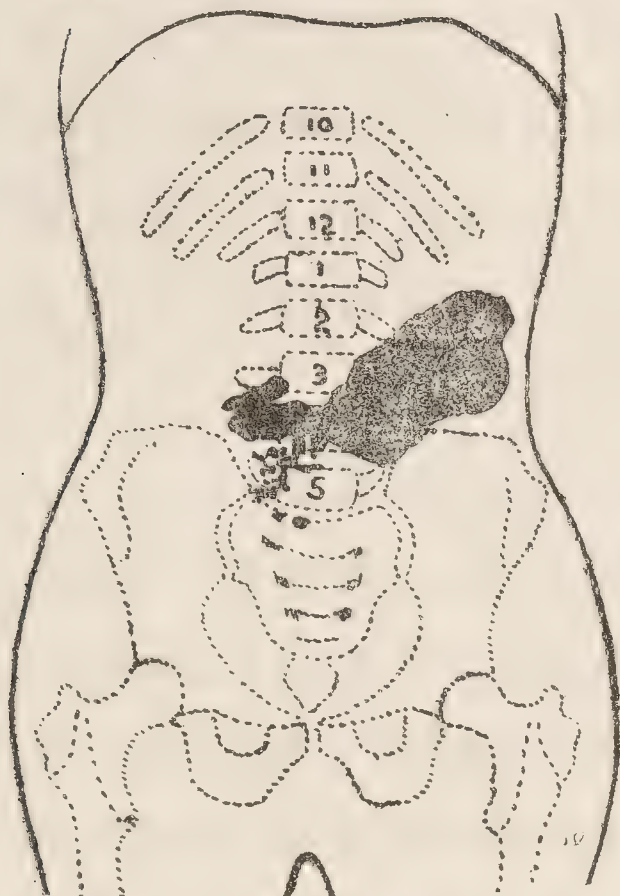
胃癌 Cancer of Stomach. 男子之胃患癌較身體之他器官爲多.女子之胃患癌較乳房及子宮居其次. 胃之各處皆能生癌.但百分之六十起於幽門或近幽門處. 係圓細胞或柱狀細胞之類.有時其組織甚硬.故有硬癌之名.若患在賁門端.約由食管蔓延而致.則係鱗狀細胞癌.若患在胃體.皆爲柱狀細胞癌.

癌之起也.有時由慢性潰瘍而致.亦有時無一定之故.或略有不明確之受傷歷史. 有時係結節性.或有乳頭狀凸於胃中而早潰爛.若屬硬性類潰爛之面顯特形之捲邊.有時全胃被癌浸潤致成一堅塊.不能展大亦不能甚縮.故有皮囊胃之名. 若癌生於幽門.(第三百八十圖).常係硬性類致成一環而縮小.有時雖小導尿筒亦不克通過.且在向十二指腸之面有甚清之界限.但佈向胃體.向小彎蔓延尤甚.皆循淋巴管而行. 小彎之淋巴管亦受累.直至胃左動脈達胃之處.大彎之幽門端之淋巴腺受累稍輕.(第三百八十一圖).由是可佈入肝內.並延至腹腔淋巴腺.以致壓擠下腔靜脈及胸導管. 且有粘着組織生於癌之四圍.但此粘着較單獨瘍之粘着發生尙緩.每將癌緊貼於肝下面,胰頭,結腸等.倘粘着過大則貼於腹前壁.適作該癌向腹膜蔓延之路.致腹膜遍生癌結而滲出若許漿液. 網膜亦或受累.或有時有膠樣變致成透明似粥之塊.

TRACINGS OF A BARIUM MEAL IN A CASE OF CARCINOMA OF THE STOMACH

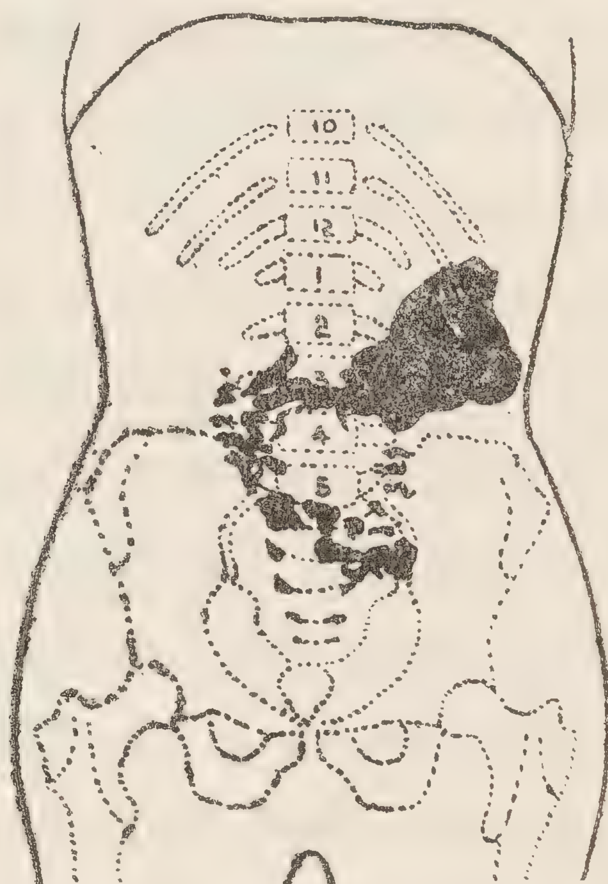
胃癌試驗餐之攝影圖

第三百八十一圖



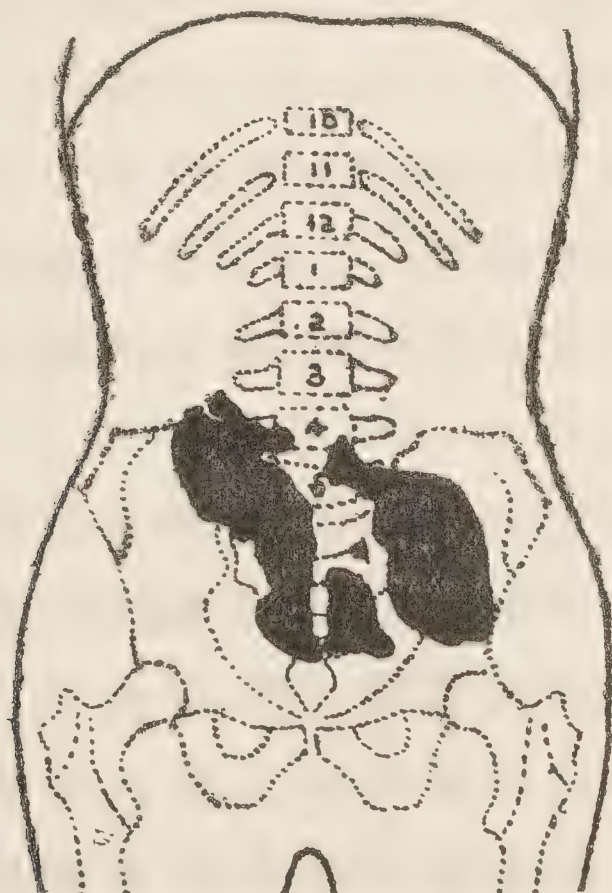
食後立時攝影證明胃擴張且幽門部水平而固定

第三百八十二圖



食後二小時攝影鋇餐强半仍居胃內幽門部仍固定有少許鋇餐居小腸內

第三百八十三圖



食後十二小時攝影胃已空虛鋇餐居小腸盲腸及升結腸內

總而言之.胃癌之惡性較乳房及子宮癌尙小.因其累及淋巴腺較緩.且雖近處之淋巴腺已受累.而傳佈於遠處仍需時日.

症狀 胃癌初起其狀無定.故於早期每易輕忽.誤認爲消化不良等病.故不盡心檢察.必至除根手術之機已過始行認明也.最早狀即痛.在腹上部或背後.初起則輕.逐漸增加.食時痛增或減無定.但患之日久不食亦痛.繼有酸性噯氣.腹上部覺壓悶.隨作嘔吐.吐物中有時帶血.約只見於晚期.且所帶之血不多.在初期即不思食.身體甚爲衰瘦.但無舌苔.

既見以上種種症狀.則須詳查胃及其作用如何. (一) 小心捫察腹上部.若有異常之腫脹.最須注意. 有時用空氣或他氣將胃吹脹.以明其體積之大小.果用此法.或可查明他法所不及查得之腫團. (二) 用試驗餐以察胃液如常否.(見八百三十五面). 生癌者胃中之氫氯酸約減而乳酸常增.此試法雖佳.但有時胃癌亦非必顯此狀.若癌繼慢性潰瘍而起.則氫氯酸常有加而無減.但他胃病亦有氫氯酸減少者.故尤須兼視病者之他症狀如何而合參之. (三) 胃之動力大減.故食物行入十二指腸時較遲.因慢性間質性胃炎之故而致. (四) 計算血球.則患癌者常顯繼發性貧血.而白血球增多. (五) 用顯微鏡檢驗吐出之質.或見含有癌碎塊. (六) 用X光線與鋇餐查之.有時可顯明胃之正常形式或有改變.或可顯現潰瘍之凹形黑影.(第三百七十五圖).

除上論各普通症狀外.仍有特別者.按癌之位置而異.

(甲) 生於賁門端罕能察出有癌腫團.因胃常縮小,患者嚥物覺痛,食後旋即吐出,諸狀與食管癌狀幾同也.

(乙) 若患在幽門.於臍右稍上處捫之或覺有腫團.初期形圓.凹凸不平.且能移動.迨後則生粘着而牢固.體質堅硬.以手捫壓之略痛.有時搏動,由癌下之腹主動脈遞傳而至. 因幽門狹

窄則胃擴張.胃大彎移向下或幾入盆.故積液甚多.患者行動時聽有漉盪聲.每一二日則吐出甚多之液及腐敗食物.上浮釀母之沫.有時吐出之食物內含八聯球菌甚多.亦有時嘔血.

（丙）若患在胃體.能捫得與否無定.乃按方位而異.其疼痛嘔吐之輕重係乎癌潰瘍之大小.若幽門無所梗阻則狀較輕.且有時恐腫團已長至甚大方克察明.

第三百八十四圖

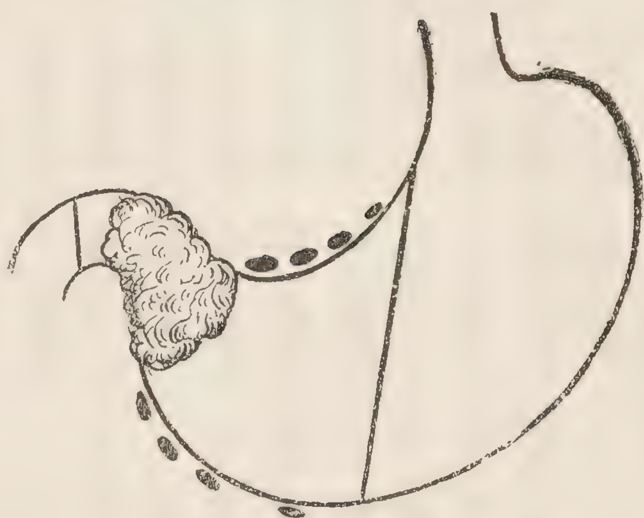


Fig. 384 —CANCER OF PYLORUS INDICATING THE SITUATION OF THE LYMPHATIC GLANDS AND INCISIONS

此圖表明幽門癌及胃之大小二彎淋巴腺之位置與手術之刀口

皮囊胃有時在左肋下總緣之下似實塊凸出. 若胃不擴張.嘔吐則無特別之狀.且罕有嘔血者.惟消化不良之狀加甚.

晚期則顯受壓之狀.門靜脈被阻致有水腹.輸膽總管被累則顯黃疸.下腔靜脈受累則下肢水腫.腹淺靜脈亦曲張.胸導管或乳糜池被淋巴腺所壓致腹腔積乳糜. 以上諸狀皆指施斷根療法之時已過也.有時於左鎖骨上凹處見有增大之淋巴腺.因癌細胞由胸導管上延之故.此亦一不治之兆也.

治法 若對於慢性胃炎.按調理飲食依法醫治仍不見效.且身體日見消瘦.應疑係胃癌. 若檢察胃液有上論之改變.且計算血球見白血球多而血紅素減少.任能否查得腹上部有腫團.則須用開腹探察術.然已查得腹上部有腫團則不必定施手術.蓋既見有顯明之腫團則恐此病不易除根矣.非有應用減狀療法之狀,如幽門狹窄等,不應用手術.但有多人患此者請求用手術希望稍愈.但若見有水腹黃疸或癌已播散之狀不必用手術.

胃賁門患癌者可於近幽門處施胃成口術.有時施空腸成口術或尤妙.

倘胃體生癌而粘着不多.可將胃之一份截除,或完全截除.但罕有能得合宜之情形適可施上云之手術者.若不能施行.且顯食物有所阻碍.用腸胃吻合術甚屬有益.但因癌常生於胃後壁.故不得不在前壁施手術.有時癌或甚大.亦不能施吻合術.則患者之滋養必速行損失.若施空腸成口術用以滋養患者.或可稍延時日耳.

若胃幽門生癌多可以手術醫之.若腫團能動.粘着亦少.可將胃之受病部分及循大彎小彎之淋巴腺一併截除.雖肝已有繼發性癌.而施手術較不用手術尚爲有益.若腫團牢粘於鄰近之器官而不能截除.施腸胃吻合術以解幽門梗阻或有裨益.若不施何手術.則用合宜之食料養之.並以洗胃法減其苦.又用鴉片減其痛.

良性幽門狹窄 Simple Stenosis of the Pylorus. 成此患之故甚多.致胃肥大而擴張下墜成囊.食物積滯數日則分解.終即嘔吐.吐物甚多.雜以粘性及釀母之沫.內有八聯球菌甚衆.有時胃可擴張至盆部.並將幽門下牽.

原因 (一)胃潰瘍癒後所致.此潰瘍居於幽門或近幽門處.在急性之小潰瘍.則潰瘍收縮所得梗阻之狀.乃因氫氯酸過度所致之胃痙攣而增重.醫此等之患首以內科法.每日必洗淨其胃.倘無效則施外科法,如幽門截除術,或腸胃吻合術. (二)胃外之粘着縮緊所致.其粘着或爲巨塊或帶形不一.成巨塊者乃新成之纖維織將幽門包裹.成帶形者乃幽門睪扭,終則縮小.此等之粘着多因胃潰瘍而生.或繼膽囊炎而起.應行手術以割斷其粘着.或須用腸胃吻合術. (三)間有係先天幽門肥大 Congenital hypertrophy of pylorus. 所致者.肥大之組織多係肌纖維.大抵因未生之前腎上腺機能過敏而致.此患多見於男嬰.即幽門變成柱形塊長約一吋.其色甚白.硬如軟骨.或甚難捫出.因其

居於肝後方之深處也.然非捫得不敢决定.約居幽門平面適在右腹直肌之右側. 症狀.約於生後二三星期顯現.食後似無痛.但顯不爽.迨驟吐出則舒爽.因食物少進腸故大便秘結而嬰孩速消瘦.不久則胃擴張而有自外可見之蠕動.

治法. 內科療法,如灌洗胃而調理飲食,祇在未鑒定之前有益.一經鑒定即應施手術.昔曾用數法.而近今祇用下述之手術.即在腹正中線之左側開一吋半長之口.覓得幽門而提出之.將幽門括約肌全長縱行割開.須割至胃若許.因該肌之胃界不清也.然須謹愼割往十二指腸.因該肌之腸界甚清.恐粘膜突出而被傷也.割口宜循小彎之方向.割畢則粘膜應突出儼若赫尼亞. 出血不劇.壓之則止.後將幽門推回.縫合腹壁. 休克約甚.須竭力防備.若病者勝過休克.則手術之結果甚佳.然因手術而死者不少.

胃下垂 Gastroptosis. 此病不甚罕見.乃係胃擴張而下垂.約爲內臟下垂之一.故肝約亦下垂.且右腎過於移動. 症狀即無緊張力之慢性胃炎及胃擴張之狀.不常顯嘔吐.但酸性噯氣,胃不舒爽,大便秘結,均甚爲煩難.且體重漸減腦力衰竭狀甚劇.

胃下垂甚至胰腺在胃小彎處上方可以捫出. 有時嘔血.惟胃之酸度如常或減少.此乃該病與胃潰瘍之區別也. 用鋇餐以X光線照之可指明胃移至何度.(第三百七十三圖). 治法.先用灌洗胃術及電療法.且調理飲食.有時以合宜之帶束腰庶或有益. 重者曾用手術治之.然無價值.

急性胃擴張 Acute Dilatation of the Stomach. 甚屬奇異.有時見於手術或損傷之後.實爲不佳之後發患.內科士或多見之.有無故而起者.亦有繼虛弱之疾而生者.驟然而起.吐液極多.並全身顯有極重症狀.約數日而亡.胃擴張甚巨.有時降至盆內.胃壁署癱不見蠕動. 此病之病理不易確知.或因腸將系膜根下

牽以致十二指腸橫部絞窄. 治法可用灌洗術.亦有用俯臥姿勢而見效者.然均須用肛飼法. 若非幽門兼有梗塞則用手術無效.

胃之手術 OPERATIONS UPON THE STOMACH

(一) **灌洗胃術** Washing out the Stomach. 凡服毒,慢性卡他.胃擴張等病,及切開胃之先,皆宜用之. 其法卽用平常之胃抽器 stomach pump. 或用粗長管上端續以漏斗亦甚便於用.將所用之液由漏斗灌入胃中.後將上端下降至胃平線之下則液可復流出.

(二) **胃切開術** Gastrotomy. 由胃或食管下端除出異物時,或探查胃,或擴張賁門良性狹窄等用之.

手術在臍上於腹正中線或旁側割口.將腹膜割開.在肝下尋胃.若見有淡紅而壁厚且不透光之內臟卽胃也.若於割口內見大網膜及橫結腸宜推下.尋胃於其上方而輕緩牽出.用無菌紗布小心繞護以免腹腔被染. 割口須順胃之長軸卽大彎小彎之間.遂以指插入而探查之.取異物時須格外小心勿傷及胃.

後用車內連孛二氏縫術將胃割口縫閉而置回原位.再洗淨血塊等物.腹壁割口按平常法縫合.

賁門不易達到.因其深列於膈之主動脈孔之前也.可用指或合宜擴張器擴張之.倘有異物存於食管下端.亦可依是法取出. 施術時須格外輕妙.因易激刺或損傷迷走神經致顯甚重之狀.緣此神經之末枝亦由膈之此孔穿過也.

(三) **胃成口術** Gastrostomy. 乃作一人工口通入胃,借之以滋養患者.於食管癌或硬性狹窄常須用之.最要者所成之口必作成瓣形.以免胃液漏出.致激刺或消化四圍之皮.此等弊乃

第三百八十五圖

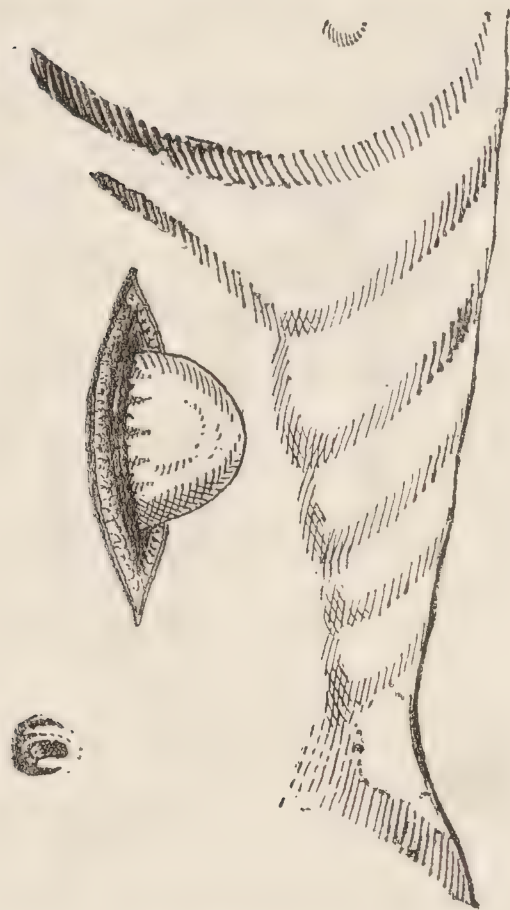


Fig. 385.

第三百八十六圖



Fig. 386.

GASTROSTOMY (FRANK'S OPERATION MODIFIED)

法蘭克氏胃成口術

胃壁牽入割口之中凸出錐體形部腹膜壁層及直肌後鞘與錐體形部之底繞而縫合

胃錐體形部之尖開一小口且有管置於口內縫妥亦有縫線穿腹直肌

昔日所常見者.其法有三.卽法蘭克氏 Frank, 委忒哉氏 Witzel, 及卡特森氏 Kader-Senn 之手術也.

(甲) 法蘭克氏手術. 卽循肋下緫緣割二吋長之斜口.將胃牽出而檢查之. 將胃欲成口之錐體形部縫其周圍於腹膜之割口緣.以便割開腹膜腔. 再作第二割口.長約一吋.居第一割口之外側與之平行.相距約一吋半.再令當中之皮及皮下組織與深組織分離.使上下口相通.將胃錐體形部之尖牽過皮橋下而出第二割口.後於尖處開一小口.隨將胃之粘膜與皮正相縫合.割口之餘處按常法縫之.第一割口亦縫之. 如此爲之瘉合甚速.恒成一瓣形口.可由此口立時進飮食.

第三百八十七圖

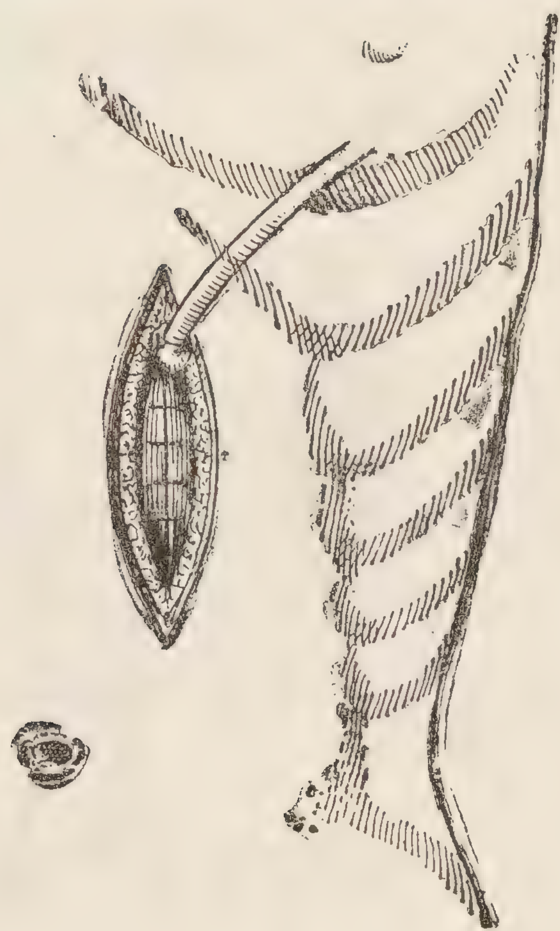


Fig. 387

第三百八十八圖

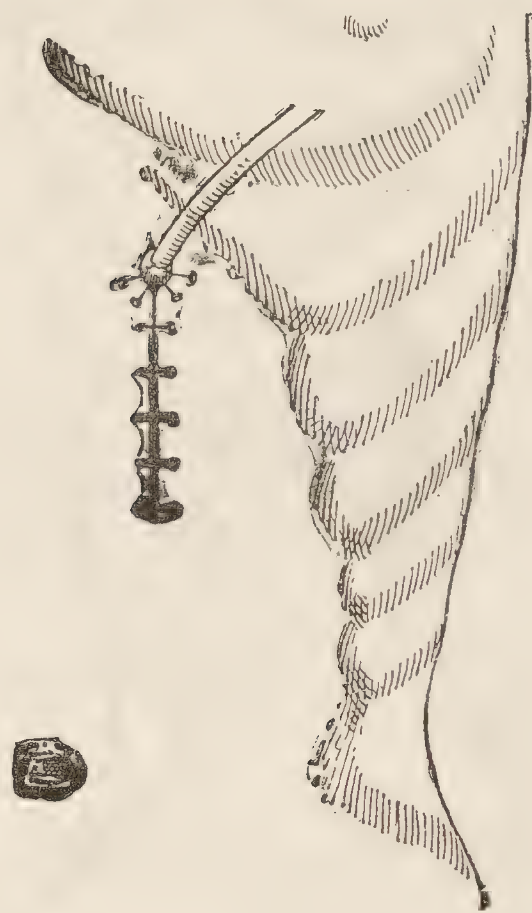


Fig. 388.

GASTROSTOMY (FRANK'S OPERATION MODIFIED)

縫腹直肌之線已結好惟有胃之小塊仍露

手術完畢之形

近來吾於此法畧有變易.其法即不作斜口而竪割之.經過腹直肌.由第八肋軟骨起向下至三四吋. 遂尋胃壁牽出一錐體形部.將該部之底與腹膜壁層及腹直肌鞘後層縫合. 再於該部之尖割一小口用橡皮管一截插入胃中.該管不宜大過第十號之導尿筒.且勿有旁口.伸入胃腔一吋半.外餘六吋.(第三百八十七圖). 與胃壁縫固.再將錐體形部之尖縫於割口上角.使腹直肌兩半離其鞘之後層而縫合.以掩胃壁所露之份.則該部之尖似乳頭凸出.繼將割口之皮縫合. 此法甚佳.未見胃液有流出一滴者.上二法之劣點即在患食管癌者之胃甚收窄.不敷作錐體形部而固定於腹壁.如此必須造胃外之通路.內襯以漿膜而非襯以粘膜也.此等通路易於縮小.然亦可免之.下二手術即屬此類.

(乙)委武戡氏手術. 將橡皮管插入胃內合宜處而縫定之.再將胃之漿膜及肌織膜縫合在橡皮管之上面而掩蓋之.如此則成一經過胃壁之斜路.則胃液不致漏出.又將胃縫定於腹壁.末後縫合腹壁之割口.

(丙)卡特森氏手術. 亦將橡皮管插入胃內而縫定之.再用袋口縫合術.使數線經過胃之漿膜及肌織膜而繞於管上.逐線遞次結合.則管被埋藏.而經過胃壁所成之斜路直至入胃.再將胃縫於腹壁.如此則所成之口甚佳.而胃液不致漏出.此法較上二法易施且佳.

(四)胃截除術 Gastrectomy. 因胃潰瘍或限局性腫瘤而截除胃壁之一份爲常用之手術.以此術治療慢性潰瘍前已論及.且已言手術不應使胃成甚大之畸形致阻碍其作用. 對於胃癌用同樣而較闊之手術.其結果較保存手術尤佳.但手技略同.

胃完全截除術.對於廣闊之胃癌若幽門端無恙而足可吻合空腸者曾用此術.然如是之廣闊胃癌恐終得痊癒者鮮.

胃一部截除術 Partial gastrectomy. 對於胃幽門端癌或慢性潰瘍常用之.效果甚佳.若患者甚虛弱,且粘着之處甚多,不宜用之.倘肝或他處已有繼發性癌自不能就痊.然手術尙能減少病者若許痛苦.

手術. 從腹正中線旁割口.將患處查明而斟酌可否截除.若定準能截除.須將大小網膜謹愼割斷令患處與四圍分開.倘有增大之淋巴腺亦須截除. 繼用二夾夾於胃及十二指腸之交點.在二夾之間用烙器烙斷.若係癌則烙斷處須在幽門遠側四分之三吋.遂將十二指腸之斷端縫合. 且以胃斷端之夾牽胃往左而露其後壁. 再將空腸之一蟠提上而橫置於胃壁.以針線經過腸胃之漿膜及肌織膜而互相縫合. 將胃有患之

份在二夾之間割斷或烙斷而截除之.後將空腸縱行劃開按常法使之與胃吻合.

此手術之大險卽休克.若小心保護內臟.阻止出血.且手術敏捷.則可免其危險而得佳效. 手術畢四十八小時之內.須用肛飼法.繼則由口稍服液體.其他等食物應逐漸加增.

(五)腸胃吻合術 Gastro-enterostomy. 常用以治胃幽門及十二指腸之病.因今手技進步故死率甚少. 曩昔對於一般胃或十二指腸之潰瘍.雖用內科療法而疼痛嘔吐或出血仍顯者常用此手術.蓋希望食物速入空腸,而不經過幽門及十二指腸,俾潰瘍得安息而癒合.究之雖有狹窄處者此手術常奏效.然亦有若許病案受此手術後而症狀仍顯.甚至較劇. 近今治療胃潰瘍多施胃一部分截除術.故祇施腸胃吻合術而不兼施他術其範圍較狹.指徵如下: (甲)胃潰瘍實有梗阻,致阻食物入十二指腸,且截除不便. (乙)十二指腸潰瘍. (丙)幽門或十二指腸成瘢痕性或他種狹窄. (丁)一般胃一份截除術之末級.蓋十二指腸本固定不動而不能與胃遺留之賁門端吻合也.

最要腸之吻合份須爲空腸上段.因吻合口若距離過遠恐所廢棄之部分過長.雖當時之效果甚佳.而病者因乏榮養致漸消瘦.且吻合口距十二指腸愈遠則消瘦愈速.

手術. 須循腹正中線或稍偏割之.既尋得胃臟.細心檢查是否應施吻合術.並擇吻合處. 宜在胃後壁近大彎處.但以遠離潰瘍或癌而近於幽門爲佳.

欲尋空腸之上端.可將橫結腸及大網膜之一部分由腹割口牽出.再循橫結腸系膜至膜之附麗處.卽在正中線及胰腺之下方.則見十二指腸之末.其左側所現出之腸蟠卽空腸之首也.

(甲)腸胃前吻合術.(第三百八十九圖). 對於一般廣闊之胃截除術必用此術.亦有醫士慣用此術.劣點有二. (子)須

將空腸牽過橫結腸.有時恐橫結腸被絞窄致成梗阻.雖割口以近十二指腸爲佳.但愈近則愈易致此患. (丑)若吻合口距十二指腸過遠.則腸襻下垂.每致襻之兩股併行而成銳角.致膽汁反流入胃.必顯甚重之嘔膽狀.此或能致命. 若在腸襻之兩股另施腸旁吻合術使之彼此吻合,可免此弊.則手術之結果乃佳.其吻合術之施行與後吻合術同.

第三百八十九圖

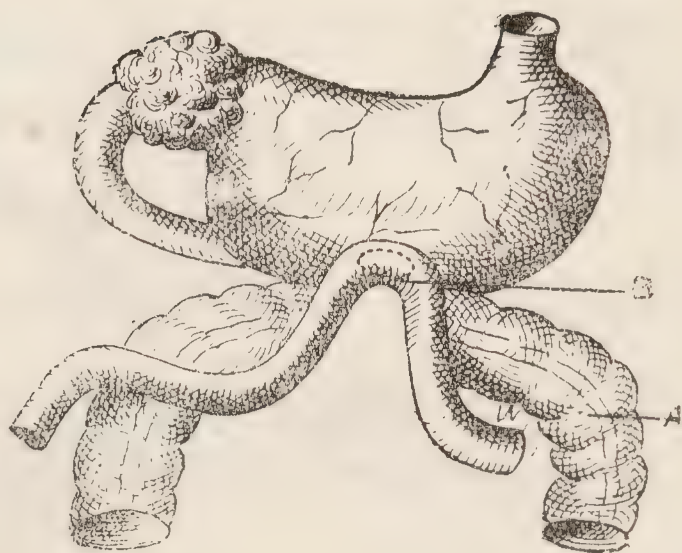


Fig. 389 —ANTERIOR GASTRO-ENTEROSTOMY

腸胃前吻合術

A 橫結腸　　B 空腸牽上過橫結腸及大網膜至胃此處未繪大網膜

(乙)腸胃後吻合術.卽在橫結腸系膜開一口,將空腸牽過此口而經過小網膜囊與胃後壁吻合也.其吻合處須距十二指腸空腸曲處較近,免成襻於二處之間.且吻合口之長徑須斜向.迨胃復原位時則空腸之二股不致下垂而成銳角.則蠕動由胃至空腸自無阻礙. 若不得不留過長之襻,每須將襻之二股彼此吻合,以免膽汁返流入胃,致有嘔膽之狀.其吻合之法如下.用二金類夾將夾之各股套以橡皮管.一夾於胃.一夾於腸.則易將二者相對.(第三百九十圖).夾之壓力足以阻胃液之外流及止血斯爲合宜.繼用紗布條墊塞周圍.將他各內臟歸復原位.若恐撤夾後復出血可免用之.可暫固定以鑷.如此則割腸時須謹愼覔一般出血點而縛之.然施手術之時間未免延長.究之若謹愼縫合用夾止血亦非不妥善. 再於腸胃各作二吋 50 mm. 長之割口.彼此應適相對.倘有流出之質.卽用棉團紗條蘸乾. 此相通之孔可用平常縫術縫之.絲線或碘腸線隨意擇用.縫術可分四級.先將腸胃後面之漿膜及肌織膜縫妥.須縫過割口之端少

第三百九十圖

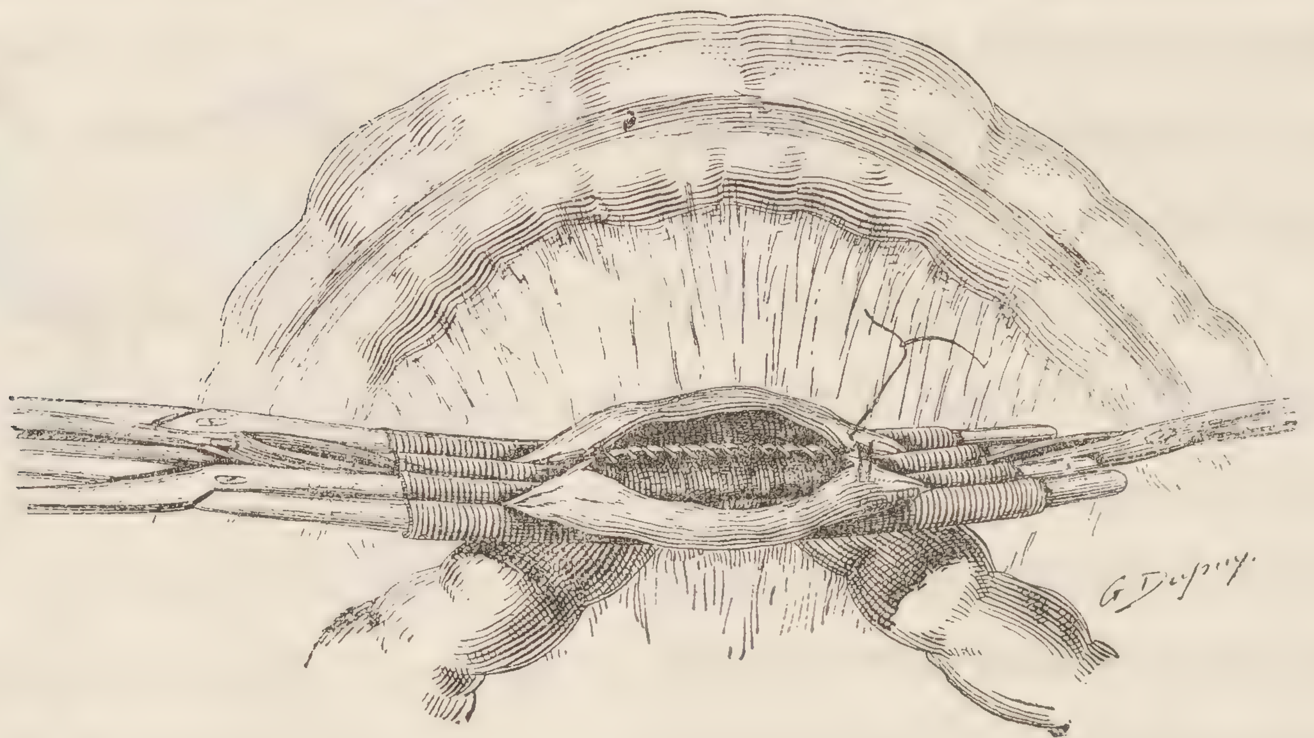


Fig. 390.—POSTERIOR GASTRO-ENTEROSTOMY

腸胃後吻合術

有夾將胃與空腸夾定以橡皮管套於夾上腸與胃已割開後壁已縫好

許.繼將腸胃之粘膜以連續縫術縫之.以一線縫孔前邊.以一線縫孔後邊.或一線周圍縫之亦無不可.終將前面之漿膜及肌織膜縫合.有時於二行縫線之外多縫數針.且將達吻合口處之大血管縛定,以預防出血之患.縫線宜精密牢固.則割處自無出血之虞.繼將夾撤下.修理腹膜.拭淨血塊.又取出棉團紗條而數之視有無遺漏.歸內臟於原位.終將腹壁所割之口縫合.

善後療法.病者宜用坐式.二十四點鐘至四十八點鐘禁止食物入胃.於此時間可用肛飼法.腸胃壁剖割之處有時出血.則患者嘔帶血之液實爲煩擾之患.則須置冰塊於腹上部.並注射大劑量麥角於皮下.或用乳酸鈣二十厘 1.3 gm. 灌入直腸亦可.且常見膽汁返流入胃,以致數日之間有煩擾之嘔吐.若所作之吻合口合宜,嘔吐即可速減.至口能食物時,即約在第三日或較早,則嘔吐減退尤速.先祇用液體.一星期後可用軟質食物.漸可用平常食物.若患胃癌用此手術不過減輕症狀.雖卒難免致命.然亦可少受苦難矣.

若嘔膽甚劇.可令患者坐起灌洗其胃. 倘無效仍須開腹.於腸襻之二股間復施吻合術.有云欲免此患須用丫字形之吻合術方可.法將空腸橫割斷之.以腸之下端與胃壁成直角吻合.上端再於下端較下之處吻合.此手術曾見大效.

有時施此手術後於吻合處或畧下發生消化性潰瘍 peptic ulceration. 此患甚少見.幾盡起於腸胃前吻合術之後.不過百分之二.且俱在手術後一年之內. 此患可致人飯後嘔吐.間或嘔血.或潰瘍穿破. 治法與胃潰瘍同.

(六)芬內氏手術 Finney's operation. 又名十二指腸胃吻合術 Gastroduodenostomy. 有外科士喜用此術以代空腸胃吻合術.此術乃將十二指腸之降部與胃之隣近部吻合.但近今用之者少。

十二指腸潰瘍 Ulcers of the Duodenum. 此與胃潰瘍之性質,原因,相同.且或由胃潰瘍繼發.男人三十至四十歲者多患之.常無顯明之故.兼患口膿毒病及胃氫氯酸過度者多見.且或兼患慢性腎炎及動脈硬化.又有於手術後而起者.因火傷而繼起者已論於前(見八十三面). 多在十二指腸之第一部.前壁較後壁尤多.此潰瘍之形式與胃潰瘍同.

症狀 除出血,穿破,及狹窄諸險重併發患之症狀外.更有特別之狀. 患者之滋養無異於常.祇於飯後胃痛.但非食畢卽痛.多在二三小時之後方顯.然亦有復食其痛反止者.先覺腹上部脹滿而熱.繼則於右季肋部獨有一處急痛,映射至背.檢查其腹常於臍右微上見一痛點.(第三百九十一圖).患者自謂有甚多之酸性噯氣.但嘔吐非常見之狀.嘔時其痛或止.嘔質內或含膽汁. 大便秘結.體重減輕. 或痛有間歇期而病者頗覺舒暢.任何食物亦能消化. 亦有多數患者毫無顯狀.直至穿破或出血時始知.

穿破.多在十二指腸之第一部分.破入腹膜腔內或後不定。結果與胃潰瘍穿破之狀相同.所不同者卽穿破之方位耳若直穿破至腹膜腔內.由十二指腸所流出之質循升結腸向下至右髂凹.則僞冒急性闌尾炎之狀.但有時可查明其痛原顯於季肋部.惟其患佈散頗速累及全腹膜腔.則局部之症狀不顯。所滲出之液內雜有十二指腸內之食糜甚多.且帶膽汁兼有氣。若十二指腸之穿孔小.則其內之質流出緩慢.可成膈下膿腫,或肝下膿腫於鐮狀韌帶之右側.但粘着不甚堅固.故易破裂而入全腹膜腔.若十二指腸在腹膜後穿破則成膈下膿腫.但此膿腫居腹膜腔後.

第三百九十一圖

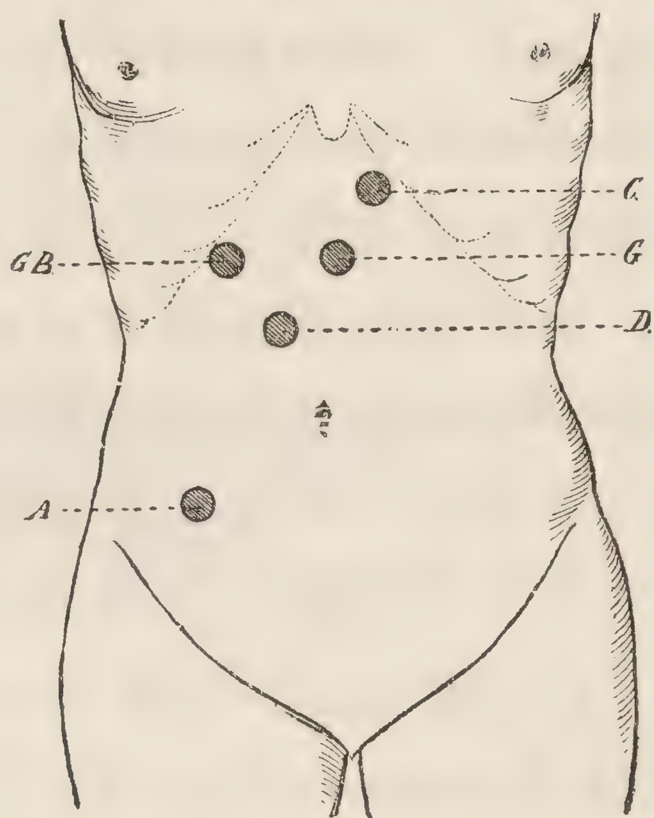


Fig. 391.—TENDER SPOTS IN ABDOMINAL LESIONS

腹病觸痛點

C 近賁門胃潰瘍點　G 平常胃潰瘍點

D 十二指腸潰瘍點　GB 膽囊之點

A 闌尾點卽馬克孛耳內氏點

出血.或甚少.非詳查其糞不知.或較多致有嘔血或黑糞之狀.病者自云患消化不良時覺有眩暈.繼而貧血.所出之血,或少半嘔出,大半則下行入腸致糞現黑色。若胰十二指腸血管之大枝破裂.患者每因失血而亡.但常見者漸漸停止.逾時再發.十二指腸出血較劇於胃出血.死率較多.在病之早期施手術以防之.非但合理.且勢所當然.

十二指腸狹窄.因潰瘍瘢縮攏致顯頻行嘔吐,頑性消化不良,胃擴張甚大,身體消瘦甚劇等狀.

診斷十二指潰瘍X光線甚有資助.病在初期可見食物由胃入十二指腸過速.惟至末期則食物過十二指腸甚緩.或見幽門之影異常. 有時在食後數小時則見鋇餐多入小腸.然亦有仍居潰瘍凹內者.

治法 如診斷確實無併發患.則按胃潰瘍之治法醫之,卽靜臥而用肛飼法.若不見效或症狀復發.則須施手術以防免併發患.然宜記十二指腸潰瘍與胃潰瘍不同.蓋不變成癌也.是以施手術不必似胃潰瘍之闊大. 若無併發患.祗用袋口縫合術俾幽門畧窄.而施腸胃後吻合術已足.如此則潰瘍得安息而速瘉合. 倘出血可截除潰瘍.若不能施行.可覓出血之點縛或烙之.亦可將十二指腸前壁縫於後壁以壓止出血.遂施腸胃後吻合術. 對於十二指腸出血無須先施內科療法徒耗時間. 倘已穿破.須立時施手術與未穿破者同(見上).覓出其穿破之區而縫合之.將大網膜移植於穿破區之上亦可.厥後病者若能忍受腸胃吻合術則立時施行. 一般十二指腸狹窄亦須施腸胃吻合術.在外科手術中較此術使人滿意者無多.

腸病 AFFECTIONS OF THE INTESTINE

射線攝影術 Radiography. 此法於斷定腸之諸患甚有資助.按前所論.鋇餐約經四小時則由胃去淨.又經四小時半始入盲腸.其經過十二指腸及小腸時約不能照見.有時至結腸瓣畧有阻碍.故積於迴腸之下端而顯於盆內.約五至八小時則能至結腸右曲.由七至十四小時卽至結腸左曲.由八至十六小時則至降結腸之髂部.由二十四至三十六小時乃由腸排盡.若腸有狹窄,或糾搭,憩室等.用此法可以查出.有時亦可查見闌尾.且鋇不易由小腸至大腸致人意及闌尾處有粘着之阻碍.但不可專恃射線照法.宜兼視臨診之症狀方可斷定.因鋇甚重易令腸下垂.亦因其有收歛性能令腸收縮.故結腸之憩室似大於常.切勿忘射線所攝者乃爲影非實圖也.非用實體照法難免誤認腸有糾搭之患.此因影上復加影非眞有此患也.更宜記若用射線照結腸曲處此弊更易有之.

先天性病 有時見於腸.或致最重之併發患. (甲)最常見者卽美克耳氏憩室 Meckel's diverticulum. 此室居於迴腸下端.約長一二吋.室之末端儼若筋繩浮於腸蟠間.倘粘着而縮緊.則致絞窄性赫尼亞.有時該憩室與臍相通致成先天性糞瘻.係未閉之腸卵黃管所成. 有許多急性腹病緣此而發.若發炎則與急性闌尾炎相似.亦有膽石或腸石屯積於此室內致成穿破性腹膜炎者. (乙)先天性十二指腸狹窄.見於前腸中腸之交點,卽輸膽總管入腸之處.又見於迴腸之下部分.卽美克耳氏憩室處.

腸挫傷 腹部受重擊皆可致腸受傷.其傷之輕重,視擊力及擊具如何,並腸之脹度,及腹壁之抵抗力而定. 最輕者腸壁只顯少許挫傷.繼則有亞急性腸炎,或慢性腸炎.若小心看護卽可速痊. 重者則有菌侵入.繼則起急性腸炎.甚至潰爛或腐壞.若腸系膜受累尤然. 結局如何,視炎勢之遲速而有差別. 若腹壁及所傷之腸能成粘着.則患有所限制.或僅成糞瘻而已.未成糞瘻之先或成限局性腹膜內膿腫. 倘炎勢之起甚速,粘着尚未成,繼必成瀰漫性腹膜炎.若受傷之腸居腹膜之後,如十二指腸結腸等.常致成腹膜後膿腫.

症狀 初顯之狀乃休克及痛. 休克之輕重按傷之輕重及患者腦易受感否而異. 其痛先不甚烈.繼則增重.查病或轉動或大呼吸時則痛增. 腹壁少動且縮硬.捫之板實. 病者嘔吐.然非常有.此後症狀隨時變更.故不必詳論.

治法 與腹壁挫傷同.(見八百十四面).苟無確實破裂之狀可按狀施治.倘有重而可疑之狀外科士宜卽行著手. 若顯急性腸炎,則腹瀉,兼瀉帶血之粘液.故須用鉍藥類.或可用嗎啡少許.且用液體食品或用肛飼法.

鋇餐後腸之射線攝影圖

第三百九十二圖

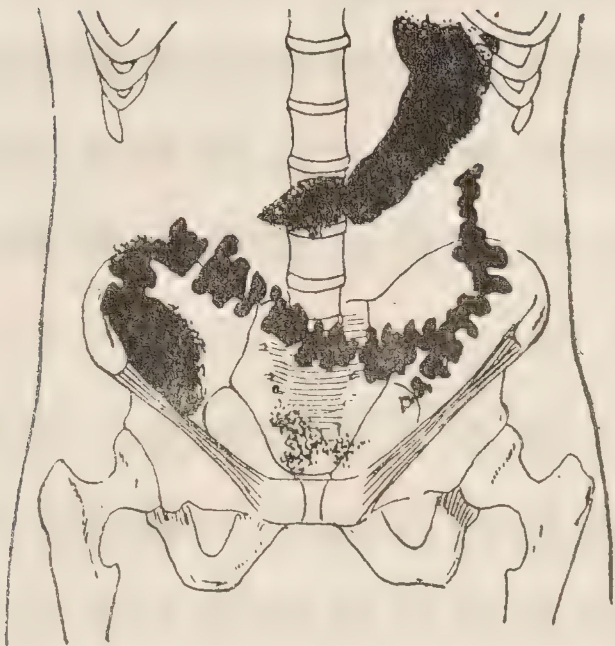


Fig. 392.—ENTEROPTOSIS WITH TRANSVERSE COLON IN THE PELVIS

The stomach is occupied by a bismuth meal given two days after the former, part of which had not escaped

腸下垂且橫結腸移下至盆　胃所含者乃後二日復食之鋇餐尚未排盡

第三百九十三圖

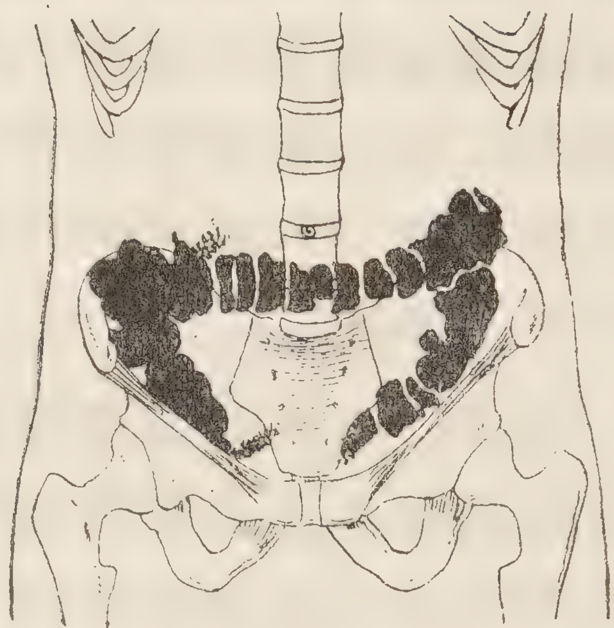


Fig. 393.—SLIGHT DOWNWARD DISPLACEMENT OF TRANSVERSE COLON

橫結腸略向下移位

第三百九十四圖

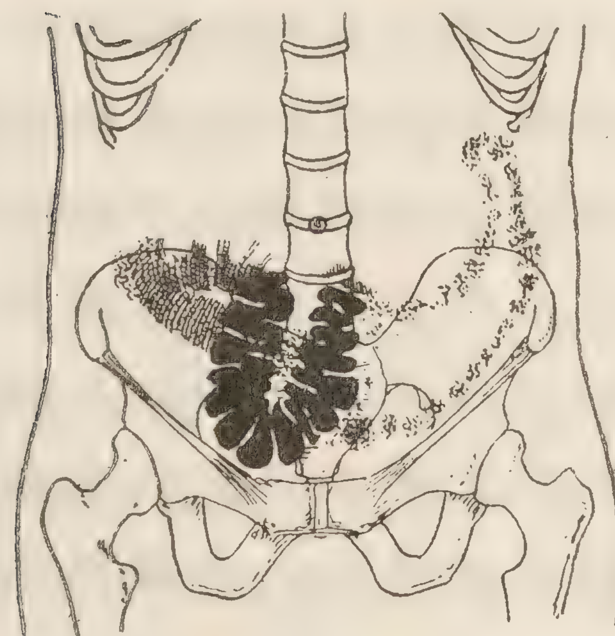


Fig. 394—ENTEROPTOSIS WITH OBSTRUCTION IN TRANSVERSE COLON

The bismuth can just be traced in the splenic flexure and beyond; it is evidently in caecum and ascending colon

腸下垂且橫結腸被梗阻鋇餐祇有少許經過結腸左曲而下行强半屯積於盲腸及升結腸內

第三百九十五圖

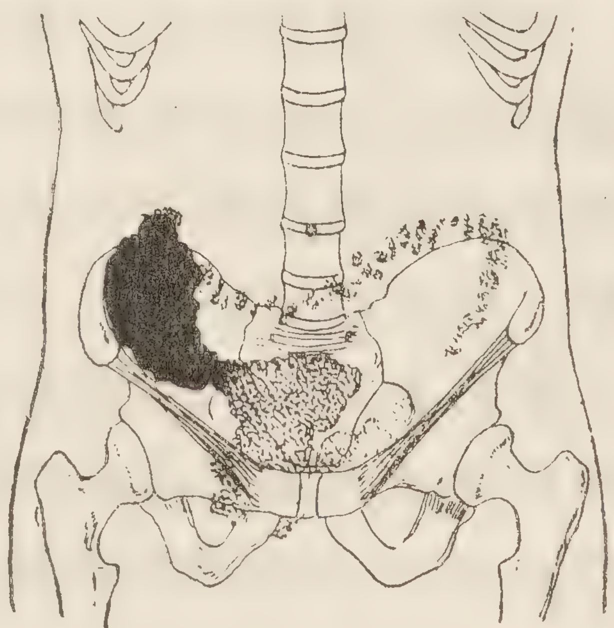


Fig. 395.—INTUSSUSCEPTION OF CANCER OF CAECUM INTO TRANSVERSE COLON

The bismuth does not extend much beyond the hepatic flexure; the pre-operative diagnosis was cancer o the transverse c on

盲腸癌套疊橫結腸　　餐祇有少許過結腸右曲　　未施手 術之先疑爲橫結腸癌

腸破裂 Rupture of Intestine. 因腹壁受重傷而致.如車軋過腹上,或腹受重擠等. 腸之破裂非定在受暴力之處.有時距此畧遠則成參差之撕破形.若在受暴力處破裂則必成整齊之橫斷形. 常受累者乃能動之空腸與不動之十二指腸交界處,並迴腸之末三尺處 90 cm. 小腸內之質均係液體易於佈散.故病之結局不佳.

症狀 初則休克重而且久.腹甚痛.但先限於局部. 若腸內質流出甚多.未幾卽發最惡之急性腹膜炎.而人卽無救. 若傷時腸空.症狀則輕.亦可致急性腹膜炎.但發作較緩.似有限局性炎之趨勢.其診斷最要之據.卽痛點恒在定處也. 有時有氣貫入腹膜腔.但不似胃破裂者較多見此弊. 亦有腹壁氣腫者.若非胸傷或瀰漫性結締織炎.確係腸破裂之徵. 嘔吐不甚烈若吐物帶血.其破裂料在胃或腸之上部也.有時見大便帶血.但此必為時長久方見之.

診斷 除有罕見之腹壁氣腫外不易鑒定. 腹膜內有氣乃為確實之症狀.然不易查定.從前以為此氣屯積於腹壁與肝之間,致肝之實響區減小.究之未必然.實多居膈肌之下而不能查得. 休克之狀亦不足定.因其輕重及時之久暫常有異也.體溫亦非辨此病之大助.但恢復之後體溫較低於常.而兼有脈搏及呼吸漸速.則應疑及此患. 若有定處之深觸痛及痛.該處之腹壁板硬.而早顯急性腹膜炎.惟此等狀尚可以之為據.然受傷之來歷及其性質亦甚宜細心研究.

治法 若無腸破裂之確徵.在初期僅可按狀施治.須抵制休克並止痛.可用鴉片小劑量阻腸之蠕動.防免腸內之質再出.但劑量愈小愈妙.能不用則尤妙.因其能掩蔽病之眞象也. 若外科士料腸已撕破.宜卽用探查開腹術.按所見之情形治之.

腸刺傷 腸受累之情形與上同.但診斷較易.因有氣或糞約由傷口而出也. 傷口之方向亦大有關於診治.如縱刺(卽與腸軸平行)較橫刺者其口頗大.因肌之環纖維力大也.傷口小者有時被凸出之粘膜所閉塞. 休克之勢未必如腸破裂者之甚.常有腹痛.繼則速顯急性腹膜炎.

治法 遇有疑似之刺傷則須小心探察.先將皮及傷之淺部理淨.再將傷口割大以察深部.若腹膜未開透.則腹壁之各層卽須縫合. 若腹已受累.應割大其傷口以顯露內臟.而察腸是否受傷. 若腸壁之刺口或割口小.可用袋口縫合法或車連二氏縫術以閉合之.倘傷處較大.或須將該傷處截除.但腹膜若已發炎而腦力虛脫最甚者.宜將傷腸之兩端牽至腹壁暫成人工肛門.至患見痊時再料理之. 至於腹膜炎之治療可參觀八百三十六面.

槍彈傷之治法見二百面.

腸穿破 Perforation of Intestine. 原因不一.如異物梗塞,或結核病及腸熱病之潰瘍外穿,或絞窄性赫尼亞所致之腸炎等.胃潰瘍及十二指腸潰瘍穿破已論於前. 闌尾穿破論之於後.

空腸或迴腸之上部穿破者.多因異物梗塞如魚刺之類,或結核病潰瘍外穿而致.異物梗塞者幾盡繼起瀰漫性腹膜炎.結核者約爲慢性.有時粘着生一腹膜內膿腫.若穿破於皮外則成糞瘻. 有時成瘢致糞瘻自行閉合.故不必立施手術.須視其能否自閉再定奪.

迴腸之下部.常因腸熱病潰瘍而穿破.有時逍遙性腸熱病初顯之據卽潰瘍穿破.但多約顯於腸熱病第二三星期之末.且穿破每祇一處.多見於腸熱病之重者.並兼有腹脹及出血之患.症狀約忽顯腦力虛脫.體溫低降.脈速而弱.腹甚痛而不止.繼加

以腹脹.此皆腹膜炎之表狀也. 雖患者已因腸熱病有腦力虛脫.但或仍顯體溫畧降.脈搏較速.繼則腹痛氣脹. 若腹壁早變堅硬.則爲診斷之要狀.亦或兼有膀胱過敏. 治法.惟手術可望有救.但患者已失其生活力豫後不佳.若已至將死之際則勿庸著手矣.但昔時經手術者百人中死者九十.現在百人中祇死六十九而已.故診斷愈早則愈有望. 在臍下正中線開腹.或直割入右髂凹內.倘患處不能立即察出.可尋迴腸與盲腸之交界處.將迴腸牽上逐寸詳查至尋得穿破處爲止.隨用縫線順腸橫軸縫閉.可免狹窄之後發患.或將潰瘍邊縫於割口邊作暫時之瘻.遂將腹膜修淨而引流.然先須尋索有無他穿破處.

大腸穿破多原於慢性梗阻或惡性病所成之潰瘍而致.結腸中之糞塊儲積.其壓力足令結腸壁發炎.繼則成潰瘍或致壞死. 腹膜破裂多在患處或畧上.有時因糞屯積而在尤較上處破裂.惟多在盲腸. 多有患此而腹膜繼起急性穿破性炎者.但有時有所限制而成一腹膜內膿腫.致成糞瘻之後發患.

腸內異物 有三種:

(甲)膽石除大者外則不顯症狀. 小者入腸經輸膽總管致膽痠痛.後則隨糞排出. 大者入腸乃由膽囊潰瘍而潰入十二指腸.其下行時石外面易逐層裹以糞質致其體增大.且腸之徑度由十二指腸至迴腸遞次減小.故迴腸之下部易於梗塞.年逾五十歲之婦易致此患.或祇有膽囊炎之歷史,而無膽痠痛之經過.

(乙)腸石 Enteroliths. 有三類:(子)炭酸鈣石.或異物被乾糞包裹似成一核.(丑)未消化之植質與乾糞粘液等聚結而成.亦見有含毛髮者.曾有織氈之人患此.見其石內含有毛絲等物.(寅)不溶解之鑛鹽石.如服炭酸鎂或白堊等藥所致.

無論原由爲何,其石皆易於近盲腸處停塞,致起急性梗阻.若身體消瘦在腹部可以捫出.

(丙)偶嚥異物.有時由胃而停滯於腸道中.此多係癲人及小兒患之.

症狀 卽腸梗阻或穿破之狀.若係穿破類乃逐漸而顯,非忽然而顯.故有暇成粘着以限制此患.繼則化膿.且異物有時從膿腫腔而出.或經手術取出.厥後成糞瘻與否難以預定.

若係小刺形之異物.如碎玻璃或碎金類質或五穀之壳等.有時留於結腸憩室內致局部發炎.(見下).

腸炎 Enteritis. 卽腸粘膜炎此約歸內科治之.有時與外科術有關.如施手術置引流管致腸之一蟠暴露時久而受寒.隨卽腹瀉.厥後炎或累及腸之全壁.以致穿破而成糞瘻. 腸炎亦有因絞窄性赫尼亞施手術而起者.(見下章). 無論原因爲何.皆有腹瀉,腹痛,不安,嘔吐等狀. 治法.用易消化食品如乳等.並用收斂之劑如鉍或鴉片等.倘腸中有刺戟性物.宜先服大劑蓖蔴油除淨之有效.

結腸炎 Colitis. 有時宜以外科法治之.約因慢性大便秘結而致.且腸中或有各種細菌或結腸阿米巴. 輕者卽粘液性結腸炎.循結腸有痠痛.並瀉腹.所瀉者內雜粘液質或粘膜片.捫結腸則有觸痛. 闌尾亦常同時發炎.最顯觸痛之點或在此.或亦爲細菌之窩巢.

治法. 宜灌洗結腸以潔淨之.使病者靜臥飲乳.亦可用鉍或哥羅顛少許. 迨至恢復期觸痛消退時可再醫大便秘結.瀉劑能刺戟而致痛不宜多用. 揉揑腹部,兼用瑞典體操法,頗能增加腹肌之力,而使弛緩之結腸復原.有時用泉水及洗結腸術甚效.亦有截除闌尾而見效者.但未截除之先醫士不可謂必獲效果.

重者即潰瘍性結腸炎.大便兼帶膿及脫下之粘膜塊.因此體力大爲衰敗.且由直腸出惡臭之膿.顯癆瘵熱狀.滋養缺乏.甚爲消瘦. 倘用灌腸法無效,可施盲腸成口術.以便多用水洗淨腸中之質.(手技見後).所用之洗劑須平和無毒少有載刺力.先用溫鹽液.繼用稀釋硼酸液或小心用五千分一之硝酸銀液.令患者坐於便盆上.用灌洗器由成口灌洗之.並用窺直腸器撑開肛門使液流出,以免大腸膨脹. 近有用闌尾成口術 appendicostomy 以施灌洗者.用此術則腸內所流出之物較盲腸成口術者少.且日後其瘻較易閉合. 結腸內之潰瘍瘉後成瘢有時稍變狹窄.難免日後再施治療.

憩室炎又名結腸周圍炎 Diverticulitis (Pericolitis). 此係結腸後天性之多數假性憩室炎.幾盡在乙狀結腸. 該憩室約循系膜附麗結腸處排成數行.突入腸脂垂內.罕見於結腸左曲之上.然間有在盲腸及闌尾者. 初起爲凹半球形.係腸壁之全層所成.厥後腸壁之肌纖維萎縮則成窄頸袋狀. 約因腸壁有先天性薄弱處而致.然常兼有狹窄及大便秘結.致腸內之壓力增加.糞質常入憩室而變濃厚致成腸石.或外物屯積於憩室內致成多數病之誘因. 若起急性炎則成潰瘍或壞疽或穿破,致患限局性或瀰漫性急性腹膜炎.亦有時成膿腫.或穿往外,或穿入他器官如膀胱等,致成糞瘻. 亦有時起慢性增生性炎,致成似癌之大腫團.令結腸狹窄.且變成癌非罕見之後發患.

症狀 急性憩室炎多見於中年以後.男較女多一倍.患者肥胖.大便秘結. 其症狀與闌尾炎者幾同.故或謂爲左側闌尾炎.常在乙狀結腸.且最現觸痛之點即馬克孛耳內氏點之對側.成膿腫及腹膜炎之症狀無何特殊. 較慢性者則現一腫團於盆上口之左側.易誤認爲癌.然患憩室炎者身體健康且肥胖.病之級期較長.約有多次復發之經過.而大便不帶血. 用X光線

攝影則不顯癌之特殊狀.且或可顯明憩室.然須記漸變癌者約居四分之一. 有時顯盆內或膀胱之症狀.亦可爲診斷之助.

治法 在急期治法與急性闌尾炎同.倘有膿腫須割開而排液.其膿腫通至結腸之處約因生肉芽而閉合.亦須截除結腸受患之端.然應俟後施行. 對於慢性者祗可截除.且施腸端或腸旁吻合術.有時非施手術使結腸恒久成口不可. 若有通至膀胱之瘻.非係手術之反徵.可將結腸與膀胱分離.則不難縫合膀胱之口.結果亦佳.

腸結核病 多見於迴腸盲腸部.可分二類:

(甲)結核潰瘍常爲多數性.間或爲單獨性. 其形狀與平常之結核潰瘍同.瘍壁陡而下成洞.循血管及淋巴管之路而橫繞於腸.故瘉後腸易狹窄. 早期無庸以外科法醫治.但晚期顯腸梗阻狀.此非獨因狹窄亦因兼有腹膜炎也.鄰近之系膜淋巴腺常被累.腸及大網膜相粘成塊可以捫出.後塊中或化膿.若膿腫向皮面而穿則成糞瘻. 宜以手術療其梗阻狀或放膿.亦或須兼施腸吻合術.或將患塊完全截除.

(乙)有時此患係組織肥大類.而限於盲腸成一顯明之腫團.在外頗易捫出.此名曰結核性盲腸腫瘤.其患常循迴腸及升結腸而蔓延.腸壁變厚充血被結核質浸潤.腸之漿膜層粗澁而有結.粘膜層潰爛而有肉芽性息肉.雖腫瘤成堅實之塊.但摸之不甚硬. 鄰近系膜內有增大之淋巴腺.在升結腸內緣亦有之.

若有粘着之弊.能令腸蟠糾搭或扭轉致成腸梗阻. 其狀甚不同.早期大便結瀉迭作.晚期則顯梗阻.並有癆瘵熱狀. 此與盲腸癌常不易鑒別.然結核病多見於四十歲以下之人.病期較久(二至三年).體溫升高.且他處亦有結核.然間有待施手術始克斷定者. 治法.須先用全身療法.卽講求衛生.且用日光療法.倘不速奏效則施手術.卽截除盲腸,迴腸下段,升結腸,及腫大之

淋巴腺等.與治癌同.令迴腸吻合橫結腸.尋常結局頗佳. 若不能截除.祇將廻腸吻合横結腸 亦能收效.

腸狹窄 有二大原因.即瘢性或粘着性縮窄及腫瘤是也.此類腫瘤多屬惡性.

瘢性狹窄 Stenosis of Intestine. 原因有四: (一) 多因環繞腸軸之潰瘍甚累及腸壁.瘉後致遺此患.故結核潰瘍較腸熱潰瘍易致狹窄之患.且在腸熱潰瘍未敢定其確有此後發患否. 梅毒潰瘍後常成狹窄.累及直腸者尤多.空腸上部亦有時受累. 大腸狹窄多由痢疾所致.其狹窄之形與不規則而延廣之潰瘍相等. (二) 赫尼亞絞窄後亦可成狹窄.因絞窄處腸壁成潰瘍也.亦可隨腸套叠病而起.因將套叠份解脫後而成潰瘍也. (三) 施腸端吻合術時如不小心以致腸邊內捲過多則可起此患. (四) 腸外粘着收縮足能致狹窄.此爲屢見者,如已患限局性腹膜炎所致.且常見於患盆蜂窩織炎之後.

若小腸狹窄因其內質畧屬液體故狹窄雖成多日仍不顯劇狀.患者只畧覺消化不良.欠爽.遲早狹窄處必被粘膜皺襞或未消化之食物所塞閉.則驟患梗阻. 早期以瀉藥通利之自瘉.但梗阻遞次較重.終至甚劇烈.倘不用手術必致傾命.

若大腸狹窄其顯狀與上同.但至腸梗阻時則畧有異.即痛嘔較少.瀉藥非但無益反增其患.腹脹較甚. 凡診斷狹窄患雖多注重症狀.但除直腸下段狹窄外.非用探查手術不能斷定確實.

治法 初起宜用合宜食料,並用瀉藥,或大劑灌腸藥.但祇可收效一時.遲早必致驟發劇烈之梗阻.故須用斷根療法.可參考三十七章腸梗阻篇. 無論成梗阻與否.若尋得狹窄在小腸可施腸截除術. 若狹窄居盲腸或升結腸.可用減路接腸術將

迴腸於狹窄處下接入結腸(或名迴腸結腸吻合術Ileo-colostomy)最妙. 若狹窄在橫結腸或乙狀結腸可截除之.倘不能施行.宜於狹窄處作人工肛門.

腸壁腫瘤 有良性惡性二種.或係原發性.或屬繼發性. 良性者罕見.卽乳頭狀瘤,腺瘤,肌瘤,脂肪瘤等.皆能令腸之作用異常.或致腸套叠. 乳頭狀瘤腺瘤.有時出血劇烈.或致腸梗阻. 若不用探查術.除在直腸者外未易診斷. 治法.可按腫瘤之方位及症狀而施.

肉腫瘤此不多見.有時生於迴腸或盲腸成一限局性腫團或瀰漫性浸潤.後則或成腸梗阻頗有激刺腹膜之力.致滲出帶血之液甚多令腹大脹.用放液刺術視其液則知是否由腫瘤而來. 治法.若病未延廣過甚.可將受患之腸蟠截除.

腸癌 Cancer of Bowel. 幾盡爲原發性.多係柱狀細胞癌.有時現膠樣變.小腸鮮有.惟結腸各部皆可患之.闌尾亦有之.間有繼發性者.其性質與原發性同. 按腸癌之形體大有不同.約分二類: (一)肥大性癌.此癌成大塊.有時將腸腔全行堵塞.生長頗速.常有潰爛及出血.終成梗阻.盲腸炎約係此類.起點居結腸瓣之對側.漸延而繞腸.迨延至結腸瓣始有症狀發現.約卽梗阻.是以就診時已成較大之腫團. (二)硬化性癌.繞腸而成硬環.致腸腔狹窄.甚至難容筆管.所最奇者腸腔未至閉結已甚之時腸之機能仍不受累.亦無甚疼痛阻碍之狀. 至甚時則忽發梗塞.儼若腸外繩束. 癌上之腸肥大而脹.粘膜充血發炎.有時成潰瘍.其成潰瘍者常緣屯積之糞所激刺.故有糞潰瘍之名.菌類可由此處入腸壁.致成腸周圍膿腫.日久遺有糞瘻之患. 癌下之腸亦常膨脹.一則因腸壁癱瘓.一則因屯積之糞生氣.直腸癌則更顯此狀. 遲早癌之激刺必致粘着之弊.而尤累及腸之機能.其系膜之淋巴腺及大網膜或有繼發性癌.肝或他遠處亦或

有之.然腸癌之惡性約較他處者畧輕.故生粘着及繼發性癌皆稍緩.但癌細胞甚易侵入隣組織.故截除癌時則所截除之區域.必廣闊方有良效.

症狀　初期不甚顯明.至能診斷之日其禍已甚矣.　患者自謂腸有積滯之苦.略有痠痛.大便結瀉迭作.先患便結.則糞積儲而分解.致有卡他性腸炎故瀉.所瀉之糞雜以粘液或血.患者之滋養作用漸衰.但其消瘦始則不甚顯然.

宜用外科療法之情狀列下:（一）屢有輕梗阻之弊者.若腹壁有局部強硬,或有不甚顯之局部發脹尤然.（二）急性梗阻者.其症狀如何按其梗阻之處而異.（三）有一腫團先尙能動後因粘着而漸固定者.（四）腸周圍生膿腫者.　若大網膜及他處已有繼發性癌,且原發性癌體大而不能動,用探查術無益.宜俟其顯梗阻再用法療治.蓋此大而不動之癌內面約已潰爛.僅捫弄之卽足助菌之增生致繞腸生膿腫.後或成瀰漫性或限局性腹膜炎.或致有糞瘻之患.

診斷　以最早診斷爲妙.故凡遇腸之作用異常且疼痛者.須詳用捫腹法查之.或兼用鋇餐及X光線照法.亦可用乙狀結腸窺器查腸之十至十二吋 25—30 cm. 之末段甚有資助.

治法　最可惜者常見有長成巨患至無法除根.祗可用姑息療法.倘早能見及.可將癌截除而用腸縫合術令腸腔復原.受累之淋巴腺果能一同截除甚佳.但遺下淋巴腺,祗將癌完全截除足能復其腸功,亦不爲不善.　最宜注意者若手術前未將腸內物排盡.須暫作人工肛門.日後將瘉之時再行接合亦不爲遲.故顯梗阻時萬不可用截除術也.

若係盲腸癌.須將盲腸及小腸末一二吋 25—50 mm. 與升結腸之一部分或全部一併截除.如此則該處之淋巴腺卽可完全除去.隨將小腸與橫結腸吻合.　若係升結腸或右曲有癌.必

截除橫結腸之部分並盲腸全部.此較不截除盲腸爲佳.隨將小腸與橫結腸吻合. 若係橫結腸有癌必完全截除橫結腸.隨將升降二結腸彼此吻合.不然則須將小腸與乙狀結腸吻合. 若係結腸左曲有癌頗難截除.因其較結腸之他處固定也. 若能截除則須截除橫結腸之左半及降結腸之一段.隨將橫結腸之端與乙狀結腸之端吻合.或將小腸與乙狀結腸吻合.若係乙狀結腸有癌.須將降結腸一大部分一併截除.即將橫結腸與盆結腸或直腸吻合.或在髂處施結腸成口術 colostomy. 將該處以下之腸盡行截除. 若盆結腸或直腸上部分有癌.恐截除之不能將上下端吻合.故可按上法爲之.

倘癌體長大固定不動不能割除.可擇下列數法之一以療治之.

(一) 用減路接腸術.即割斷癌上之腸將上端接於癌下之腸而縫閉其下端.(第三百九十六圖).此係腸丁形吻合術 lateral implantation. 施於盲腸癌最佳.其法即於結腸瓣之上將迴腸割斷.上端於癌較遠處接入升結腸或橫結腸.下端縫閉.此名迴腸結腸吻合術.

第三百九十六圖

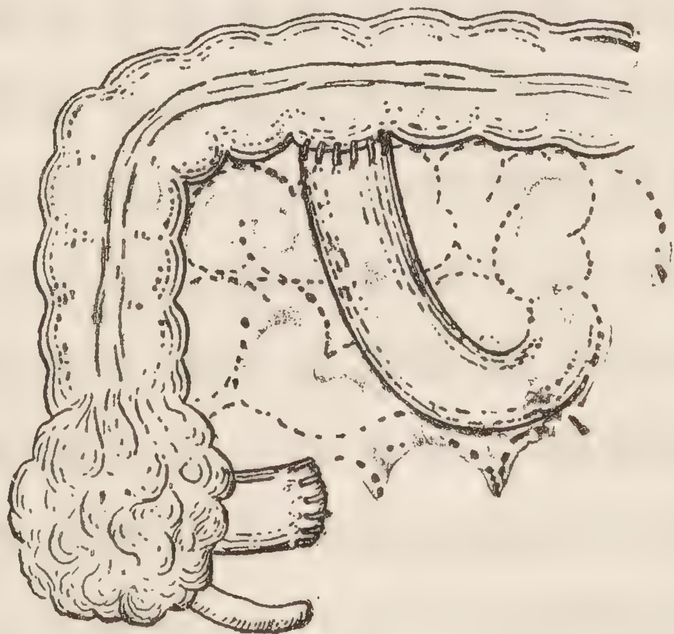


Fig. 396.—LATERAL IMPLANTATION OF THE DIVIDED END OF ILEUM INTO THE TRANSVERSE COLON FOR IRREMOVABLE CANCER OF THE CECUM

腸丁形吻合術即腸旁面接合術迴腸與橫結腸相接因盲腸有不能截除之癌

(二) 將受患之腸蟠與腸道相隔.其法即將癌上下皆割斷.遂將上下端接合.再將有病之腸蟠一端縫閉.其又一端縫於皮面而成一瘻.以便癌及粘膜所生之液藉瘻流出.若將所置之腸蟠完全縫合恐日後有險也.

(三)倘上二法不適於用.或患者之狀況不克受此手術.若癌生於結腸只可作人工肛門而已.

特發性結腸擴張 Idiopathic Dilatation of the Colon. 此係罕見之病.見於小兒.或延至青年. 原因尚未查悉.但有者兼患先天直腸狹窄. 其特狀即結腸甚擴張.多在乙狀結腸.剖腹觀之.除結腸外幾不見他物.惟結腸壁肥大.亦或有積糞潰瘍.腹甚膨脹,但軟而不硬.小兒不言疼痛.亦無觸痛.少有嘔吐之患.最顯者即大便秘結.且常爲頑性類.用瀉劑無效而反有痛且吐.若以水灌腸常停滯於內而不出.雖氣亦不易出.若以放腸氣長筒插入.則用甚多之惡臭氣冲出.其人因惡病質,或穿孔性腹膜炎,或腸梗阻而亡. 治法須詳查肛門及直腸以定有無痙攣性或瘢痕性狹窄.若無之則用揉捏,電療,灌腸等法或有效.無須用瀉劑.

若將結腸之擴張段截除.用腸旁吻合術較妙.曾有一病案.將直腸乙狀結腸降結腸一併截除.再牽橫結腸往下縫於會陰.

內臟下垂 Enteroptosis. 此患非罕見.即內臟向下離位.小腸,橫結腸,腎,胃,等器官多受累.其他諸內臟亦有時患此. 原因各有不同.亦不易知.有時起於急性病後.但最多者乃漸次而成.屢受孕而腹壁弛緩者易顯此病.束帶過緊亦爲一緊要之原因.患之者女較多於男. 雖有此病而未必有症狀顯出.但多數顯神經衰弱狀.約係內臟下垂牽及腹後壁交感神經叢之故.但內臟離位之多寡與症狀之輕重無關. 有時胃可垂至於肋下緣之下.膨脹時則於腹部凸起.大小二彎亦顯而易見.胃弱而脹.聽之有潴盪聲. 小腸弛緩者見下章赫尼亞原因篇.橫結腸下垂入盆,則令結腸左右二曲糾搭致大便秘結.十二指腸亦被牽扯,致顯類似胃潰瘍或十二指腸潰瘍之症狀.橫結腸X光線攝影見第三百九十四圖.然須記橫結腸下垂亦因餵之重量所致.

脾肝亦能下垂. 腎下垂詳於三十九章.

治法 按病勢而異.且須處理神經衰弱.以衛耳彌車勒氏療法 Weir-Mitchell treatment （卽安息及調理飲食）治之甚佳.此可補其腦力,且可助生脂肪.電療法及揉揑腹壁與合宜之體操可健腹壁而壯內臟.若用垂頭臥式而以托腹帶托之亦可減輕症狀.若未用以上諸法則不宜施手術.倘無效方可開腹將胃肝脾等縫於原位或用腹壁修補術以增腹壁之健力.其法見下章腹赫尼亞篇.浮動腎之治法詳第三十九章. 若結腸糾搭可否截除結腸之一段,或用減路術,醫士宜自酌之.

腸道壅滯 Intestinal Stasis. 此係新發明之名稱.其意乃謂腸內之物在某處流行過緩也.惟結腸更甚.因此該物卽有腐敗之變.致毒素被吸收太多在血內緩流.身體之健康因之敗壞.而體組織及諸內臟亦因之變性. 曾有藍氏 Lane 硏究此病表明其危險.但其意見尙未經普通認可.其意以爲此症狀乃因人類站立則腸自然下垂,卽爲此病之根源.因此腹膜生帶及膜等以防此弊.但其結局則似腹膜炎之後發患使腸與腹壁組織相粘.

譬如有時於升結腸外側可以查出膜帶.由腹膜壁層起向下內經過小腸.附麗於升結腸之前面.此等最薄而含有血管之膜.名加克森氏膜 Jackson's membrane. 若過大可致結腸動度受阻.

在左右曲處亦有似此之膜.可致腸甚劇之糾搭. 又有一膜帶藍氏尤重視之.此帶由腸系膜之深面起延至迴腸.居系膜附麗之對側.距盲腸約數吋.若此帶收縮能致迴腸末端糾搭.此名藍氏迴腸糾搭 Lane's ileal kink. 則迴腸內之物卽停滯不行.而小腸漸漸下垂入盆內,致將十二指腸空腸曲牽下.尤增加停滯之患.於是該曲又生膜帶以扶持之.惟此帶若過厚必致曲處糾搭.令胃及十二指腸膨脹. 在腹內他處亦有生膜帶而成糾搭者.

凡此狀皆係機械性反應所致.並非因炎性而起.然闌尾膽囊等亦可被膜帶粘着所累. 有醫士不贊成此說.謂此帶由炎患

而致.嘗有奇忒氏 Keith. 證明其帶係由先天而來.蓋緣胎胚時爲定結腸於本位,而天然之組織性腹膜炎過甚所致.但此等問題甚大而論法亦不一.故於此不能詳述.

症狀 腸道壅滯之狀分三類: (一) 因腸道某處顯機械之患.如胃,十二指腸,空腸,結腸等膨脹前已概論.但結腸垂入盆之劇患.用鋇餐之X光線照法可以視明.(見三百九十二圖).其結腸被液體糞充滿而壅滯不行. (二) 隨腸道各種壅滯而顯發炎之狀.如胃潰瘍,十二指腸潰瘍,闌尾炎,結腸炎等. (三) 顯中毒之狀.如血循環無力,發冷汗,四肢之末端青藍,面之色素沉着,肌力鬆軟,腦或靈心症狀等.且病者抗菌力減少,故易致數類傳染性病.

治法 早期而病輕者,只用揉揑法及合宜之體操,以補腹壁之力及加增結腸之動力.且用瀉劑及解腸毒藥 (如流動石蠟). 並調理飲食.多用靜臥姿式以安息之.此類皆爲有益. 腹壁弛緩者必用體操及合宜之托腹帶.或施堅固腹壁之手術.須知橫結腸鬆而下垂非屬重要.惟其全身症狀乃爲重要.故施手術無甚價值.若有某物(如膜帶等) 阻碍之令盲腸及升結腸或垂入盆內.致成屯積穢物之池.則腸壁變厚而發炎.如此用盲腸摺叠術或已足.然不及完全截除盲腸及升結腸爲愈也.蓋此手術之死率無多(祇百分之二・五).且結果甚佳. 但不可完全截除結腸.蓋手術甚劇.死率居百分之十六,五.且結果不甚佳.或顯甚劇之大便秘結.或顯頑性之腹瀉.因結腸有使液體糞變固體之作用也.

糞瘻 此係異常通至腸道之路.致有腸之少量內物漏出.其與人工肛門不同者.蓋在人工肛門則糞之強半或完全由此而出.而出糞瘻不過少份也.

糞瘻可分內外二類.外者則通於外.內者則通於他器官,如膀胱等. 有時由腸之此段異常通至彼段.若二段距離不遠非爲重要.倘由腸之上段通至下段,如由空腸通至升結腸,必致榮養大缺.

原因 甚多.無庸詳述.可分下五組論之:（一）因腸內之物.如外物嵌入,致腸發炎潰爛而有限局性腹膜炎.將被患之腸蟠粘着腹壁或他器官.厥後化膿成限局性腹膜內膿腫.或外穿至皮面.或內穿至粘着之器官.若外物由此而出,或施手術取出,則糞瘻約自閉合.（二）因腸壁有病.如闌尾炎,憩室炎,結核病,放線菌病,或惡性病等. 有時患絞窄性赫尼亞者因腸壁定處有壞疽亦或成糞瘻.（三）因腸外之患.如結核性腹膜炎,致腹膜之病竄成膿腫.一面穿入腸內.一面穿往外.最多乃在臍處.腹壁之創傷,如刺傷等,或糞瘻者亦屬此類.（四）未消滅之美克耳氏憩室有時成先天性糞瘻.此亦在臍部.（五）因手術而致.即因排液或灌洗或飼養而特意造成者.

凡上所述各在其本篇已論及.且論及各治法.故於茲無庸贅述.

腸手術 OPERATIONS ON THE INTESTINES

(一)**腸切開術** Enterotomy. 此乃將腸切開以除異物或檢查其內容也.其割口宜循腸對系膜之處.後用倫孛氏或車連氏或哈斯忒氏縫術縫合.

(二)**腸成口術**又名腸造瘻術 Enterostomy. 卽割一口通入腸內.施此手術有數故.且腸各部皆可用之.

(甲)**空腸成口術**或空腸造瘻術 Jejunostomy. 卽將空腸牽至皮面剖成一口.如患胃癌者,不能施腸胃吻合術,或幽門

截除術.恐患者將因滋養不足而亡.可由此口飼之.手技與胃成口術同.

(乙)迴腸成口術　如梗阻在盲腸之上,或在升結腸,而小腸甚脹,且全身情况不佳,甚致不克尋覓其故,又不克徑行料理者,可用此法.　宜於腹正中線或右髂部開腹.將一合宜之脹腸蟠牽出.先用法保護勿令糞染及腹膜腔.始用一大套管刺入容腸內之氣及液流出.再將孔割大.插入泡耳氏玻璃管.(第三百九十七圖).用袋口縫合術縫之.須穿過腸壁之諸層.並將受患之腸蟠縫定於腹壁.再用一薄橡皮管接於玻管之外端.糞可暫由之流出.且不染腹膜及傷口.

第三百九十七圖

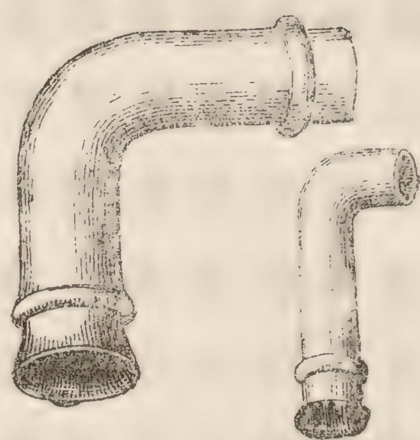


Fig. 397.—PAUL'S TUBES
泡耳氏之大小管

若患者之急狀已退.再用手術處理其梗阻使腸仍通暢.若在盲腸上成口恐不能久生於世.因結腸粘膜失其吸收之功致身體甚缺滋養.且小腸內之食糜甚戟刺腹面之皮也.

(丙)結腸成口術又名結腸造瘻術 Colostomy.　用於患結腸病者確有佳效.　所成之口因其用之久暫各有不同.如祗作暫用之口.所縫定於腹壁之腸部愈小愈妙.俾日後易將此口縫閉(第三百九十九圖).若作久用之口.外科士宜設法令糞完全行新路.故須將腸之一段由腹腔牽出截除之.若能將系膜一段一同截除更妙.如此上下之腸口能牽至皮面.且二口之間隔有瘢痕性織.即系膜割斷之處.(第三百九十八圖).

(子)盲腸成口術.若病者因有粘液性或潰瘍性結腸炎而多化膿,致體溫升高,受毒亦重,以至性命難保者,有時可用之.此手術之目的有二.一使糞不經過潰爛之粘膜而戟刺之.二以便施灌洗術於結腸.　因此處腸內之物屬液體甚有戟刺性故孔

第三百九十八圖

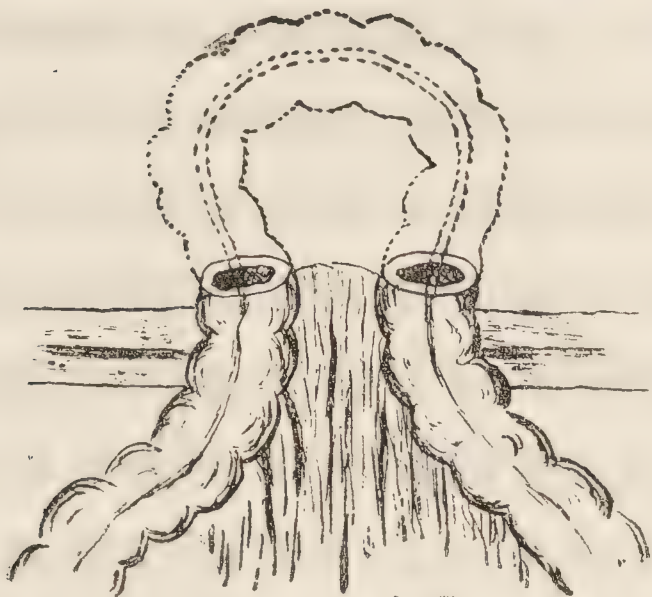


Fig. 398.—DIAGRAM OF PERMANENT COLOSTOMY

此圖表明結腸恒成口術其二口有系膜隔之 虛線指明所截除之腸

第三百九十九圖



Fig. 399.—DIAGRAM OF TEMPORARY COLOSTOMY

結腸暫成口術向外之孔與皮相平向下之路被粘膜鬱襞梗阻

愈小愈妙.可用橡皮管一條堅縫於腸.與胃成口術相似(詳前).再將腸縫於皮及腹肌.雖預用法防之仍恐難免皮受戟刺. 若結腸在盆部以上之任何段有急性梗阻亦須用此術.以便對於膨脹而癱瘓之腸排出內物. 迨後自宜截除梗阻之腫瘤使腸道仍通.迄復原之結腸妥善作工,始將盲腸之口縫閉. 因成口居右髂凹,故截除腫瘤之割口不致被染. 末後縫閉盲腸之成口.但不必縫至盲腸不通之地步.

(丑) 橫結腸成口術.雖曩昔多用之.而近今用之者少.對於腸下部之急性梗阻曾常用之.究之不及盲腸成口術爲佳.然亦有時可用之. 其法與髂結腸成口術略同.即在腹正中線開口.牽出膨脹之橫結腸.用套管刺入以解其急性膨脹.遂將大網膜解離橫結腸.而在橫結腸系膜穿一孔貫以玻璃箸再將腹壁割口縫至祇容所作之橫結腸襻突出.則玻璃箸之兩側段橫依於腹壁免腸襻縮入.且腸襻自由橫而轉豎.再將泡耳氏管插入腸內而縫定之. 迨後須再開腹以截除梗阻之腫瘤.倘不能截除則施減路接腸術.

（寅）髂結腸成口術.卽在降結腸或乙狀結腸作一暫用或恒用之口. 此術之應用列下: （一）先天無直腸而於會陰處割之不克尋得者. （二）結腸下端患慢性梗阻施灌腸法及內科法而無效者.如憩室炎,良性或惡性狹窄,及盆中腫瘤之壓閉等. （三）直腸或乙狀結腸生癌.任有無梗阻.如不能割除或割除之先皆宜用之. （四）梅毒或結核或他等之直腸潰瘍,因糞經過而激刺之致久不能痊者. （五）直腸膀胱瘻或直腸陰道瘻無法治痊者. （六）乙狀結腸扭結者.用之不獨能療其梗阻.且可阻其復發. （七）鎗彈傷或他類傷累及直腸致糞外滲者.

手術.割口之式不一.有外科士割一豎口,經過腹直肌外側纖維,以便成口時得環肌之縮力. 有者在髂前上棘與臍之連線三分之中外二份交點處,割一與該線成正角之二三吋長之

第四百圖



Fig. 400.—ILIAC COLOSTOMY: TWO METHODS OF FIXING COLON
(LEFT) Abd. wall sewn through opening in mesocolon.
(RIGHT) Stitch passing through mesentery and abd. wall.

髂結腸成口術固定結腸之二法

左圖縫腹壁經過結腸系膜之孔　　右圖縫線經腸系膜及腹壁

口.割口之中點應適居該線. 其剖分腹壁之法.可循割口之式.或用馬克孛耳內氏分肌法 McBurney's muscle splitting method 循肌纖維分開亦可.但該氏之法只於腹脹較小且勿庸徧察內臟

者用之較宜. 乙狀結腸本有脂垂及肌纖維之縱帶.故尋覓時可借此辨認.尋出之後宜小心牽出.擇其上份縫定於割口.可免日後脫垂之虞. 縫定法甚多: (一) 最佳者.乃穿一孔於結腸系膜.由此孔用合宜縫術將皮面之割口縫合.(第四百圖).但此術是否能用在乎乙狀結腸鬆度之大小.若系膜甚短.可將其外側之腹膜大剖分之使結腸易向內側浮動.則此類術可成矣. (二) 若結腸仍不甚浮動.可用一玻璃箸穿透系膜依於皮面以擔結腸.直至合宜之粘着已成.最妙亦宜將玻璃箸與皮縫穩以免脫落.須再將腸襻之兩端縫定於皮.且將一般腸脂垂縛而截除之. (三) 又有一善法.卽用褥縫術.以堅絲線穿過腹壁 (卽皮肌腹膜等) 割口之兩邊.並須穿過結腸系膜之中間. (第四百圖). 縛時割口之邊必與系膜緊貼.再將腹壁割口之兩端適宜縫合.以免日後結腸垂脫.

若無庸立開結腸.宜敷以潔淨之敷料.越一二日再開之.將玻管或橡皮管縫於其內.此不必用迷蒙藥爲之. 越三四日管可自脫.約於八日可將牽出之結腸盡行割斷並修理其餘組織.如此則結腸之上下兩端卽十分相離矣. 若不得不立時開結腸.則必按上述之小腸成口術之防染法以免腹膜腔受染.

割口成瘺時須帶一貯糞器俾患者潔淨.可用一金類或硬橡皮或假象牙所製之捲邊橢圓杯.用鋼條疝氣帶或托腹帶繫於該處.須足敷遮蓋人工肛門周圍之皮二吋 50 mm 寬.內置防菌敷料少許. 此等器可任患者隨意行動而無所苦.每晨應用灌腸術將糞冲淨.可免終日之累.

有時遲早必關閉結腸所成之口.其法卽將腸與其周圍組織截除受患之部分.如此可使腸仍通而不遺腸與腹壁之粘着.

(三) 腸截除術 Enterectomy. 應用此術之情形列下:

(甲) 爲割除絞窄後而成壞疽之腸.無論絞窄處在腹內或外.

(乙)多數穿傷如刺傷或鎗彈傷等.(丙)爲閉合人工肛門或囊瘻.(丁)爲截除良性或惡性狹窄.(戊)爲腸數種套疊.此術之功效視其因何故而用,並患生於何處,及醫者之手技如何.若因惡性腫瘤,或腸絞窄而壞死,或腸套疊等施此術.較施於他病死率頗多.施此術於大腸較施於小腸豫後不佳.若能施行.須先使腸虛空.且前數日兼施藥品以滅菌,如甘汞(日服0.065 gms. 一厘),薩羅,那弗妥耳等.倘不能施行而腸已膨脹.須先開腸而引流其內物.待腸空時始施吻合術.若容多量之被染糞質流過甫縫合之腸壁.則效果自不佳.甚或致命.

開腹在合宜之處將欲截除之腸段察明.用腹布或紗布塞墊以免腹膜腔受染.將腸欲截除處之兩側用夾持定.可阻腸之內物外溢.各種腸夾皆可用.倘無夾可用一細引流管穿系膜繞腸而束之.隨將受患之腸用剪鉸去.但先將滋養患處之大血管縛定.且截除系膜一V形塊.須記腸血管之末枝皆環繞腸徑.而旁側則鮮有相通之枝.故截除腸時應從系膜畧向外斜.反之則腸對系膜之凸割緣必成壞疽.致有膿性腹膜炎.對於系膜割口用針線縫合.隨用腸端吻合術或腸旁吻合術俱可.

腸端吻合術 End-to-end anastomosis. 茲將常用之二法列下:(甲)腸吻合縫術.祇恃外科士手及針法之巧.無須器具.先將腸系膜緣及其對側之緣各用一針縫合.留長線頭使助手持定.(四百零一圖)再用羊腸線或絲線將粘膜縫

第四百零一圖

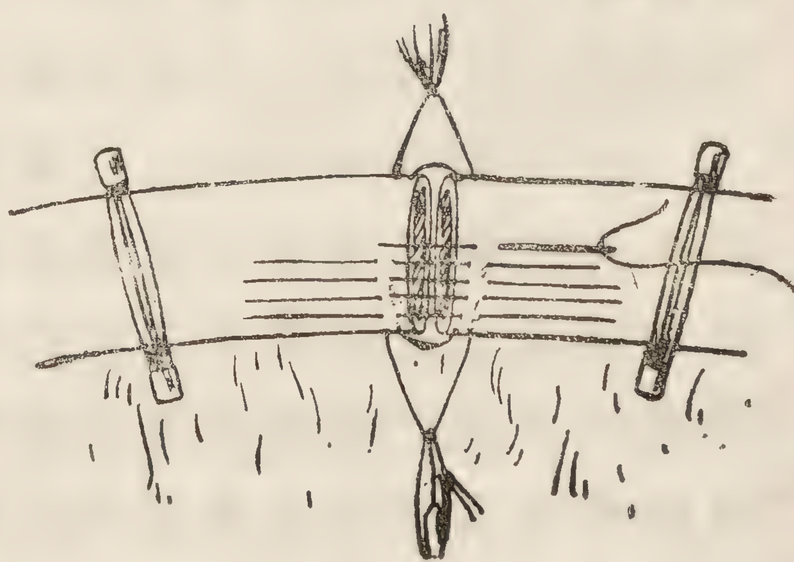


Fig. 401.—END-TO-END ANASTOMOSIS BY SIMPLE SUTURING

腸端吻合術

粘膜第一行縫線不在圖中.且圖中槳膜肌纖膜之連孛氏縫線係間斷縫線.實行時須連續縫之.

合.不宜用一線連續繞縫之.因其能牽緊致腸縮窄也.分二三段縫之最佳. 繼將漿膜及肌纖膜用連孛氏或刻興氏縫術以一線或二線連續繞縫之.系膜附腸處應格外小心.因系膜之兩層在此處相離以包繞其腸.且此處肌纖膜能縮緊.故易由該處漏液. 有謂第一行縫線須穿過腸壁之各層.第二行可用連孛氏縫法.但第一行果穿過各層恐令腸壁內捲太多.致吻合處之腸腔減小.日後將有狹窄之弊故不必用.

(乙) 昔人每精意製成吻合節 Anastomosis buttons 等物.俾腸易於縫合而穩妥.但今少用之.多用縫術也.

(四)**結腸切除術** Colectomy. 卽將結腸割除一小塊或一大塊也.此術不如割除小腸之易.因包結腸之腹膜甚爲複雜.不似小腸之腹膜活動也.但將升降二結腸之外側腹膜分離.並在大網膜下面分離橫結腸之附麗處.如此則結腸及其血管並神經可牽至腹正中線.只被一層腹膜繫之而已. 按此爲之無甚危險亦無甚困難.可截除結腸一大部.用腸端吻合術使上下相接.或縫閉上下兩端.用腸旁吻合術更佳. 若欲得良效,則有一要緊之預備必宜遵行.卽結腸內之物必先除淨也.若有全梗阻或不全梗阻之弊.致糞屯積於結腸.必先用盲腸成口術而後行之.

(五)**腸旁吻合術** Lateral Anastomosis. 對於惡性腫瘤,或無法可治之狹窄,須用此術以減路.對於腸截斷亦可用以代腸端吻合術. 所割之端必先縫閉.其法卽用二對有力之鐵夾將腸夾定.隨用刀或烙器由二對夾之間截斷.若俟片時去其夾其斷端必自封閉.後亦易內捲.用連孛氏縫術縫一二行. 再將二腸端重疊.以腸胃吻合術接之.(第四百零二圖).用合宜之夾.將重疊之腸端夾穩而使之緊貼.又將漿膜及肌纖膜循軸割開.隨卽縫合二口之後部分.再開當接之處將其內之穢物理淨.繼將

粘膜連續縫之.再縫前半之漿膜及肌織膜. 終將所割開之系膜邊亦重疊縫合.以免留孔致腸將來由此處成絞窄性赫尼亞.

(六) 丁字形腸吻合術

Lateral Implantation. 有時因惡性腫瘤欲減腸路(第三百九十六圖),或於盲腸癌不克截除者,可用此術. 須在腫瘤上將迴腸割斷.下端縫閉.上端接於横結腸.其接處縫兩行線已足.

第四百零二圖

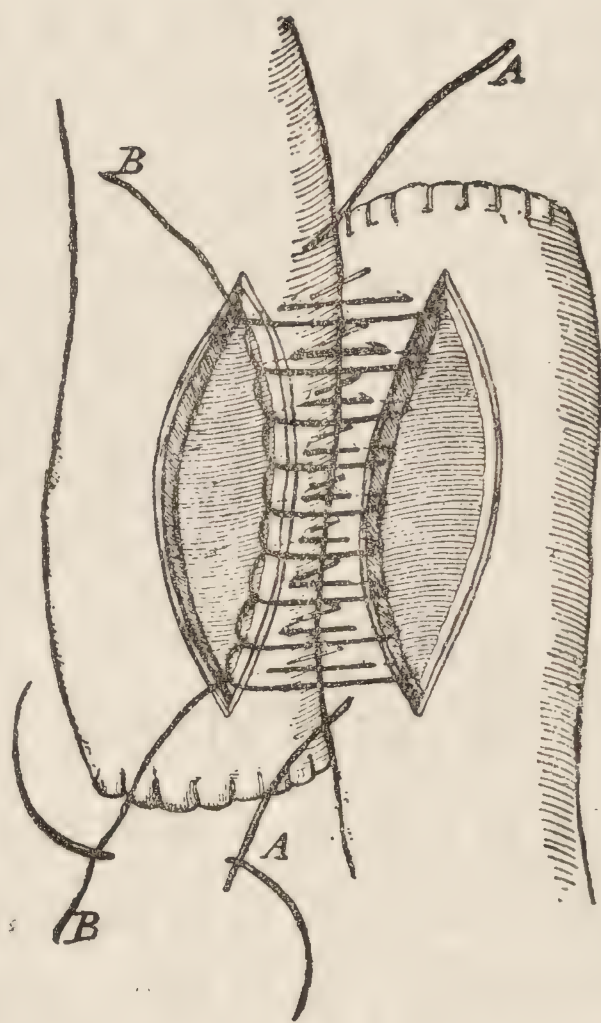


Fig. 402.—LATERAL ANASTOMOSIS OF BOWEL AFTER COMPLETE DIVISION

腸割斷後用旁吻合術

斷端先縫閉.用連續縫法將二端之漿膜及肌織膜縫合如A A. 再割開腸用連續縫線縫其粘膜如B B. 後縫合前半之漿膜及肌織膜.然圖中祇畫後半縫線.且未牽緊以便易覽.

(七)盲腸摺疊術 Cæcoplication

對於膨脹而無緊張力且下垂入盆之盲腸可用之.即將二縱肌帶彼此縫合以摺叠腸壁.如此則減去腸徑三分之一.其縫處須從盲腸頭至畧過結腸瓣爲止. 對於腸道壅滯甚劇,致盲腸及升結腸現亞急性炎狀者,此術不佳.然若無此繼發性改變則甚有功效.

闌尾炎 APPENDICITIS

無論老幼皆可患此病.但青年少壯者爲多.且男多於女.輕重不等.重者數小時卽能致命.因此病係染性類故腹膜約已受累.後則難免腹膜發炎.

原因 有多種情事可直接或間接而致闌尾炎: (一) 闌尾可視爲無功用之物.不過爲腸之餘件無關緊要.故與他等餘

件相似.其血供給不豐.祇由迴結腸動脈之迴盲腸後枝得滋養.

其最要之滋養脈行於闌尾系膜之獨立緣.然另有一枝行於系膜之底而與他脈不相通. 有謂闌尾乃有功用之物.能生一種液而激盲腸或結腸之蠕動.但曾有多人將闌尾割除並無所損.故其究竟有無功用仍屬疑問. (二) 闌尾粘膜下之淋巴織頗多.年幼者更多.故曾稱爲腹扁桃.至年稍長則該淋巴織卽萎縮. 細菌常居闌尾腔及其淋巴小泡內致闌尾發炎. 闌尾對於細菌或有生免疫性之作用.故任便截除無恙之闌尾或爲錯誤.與截除無恙之扁桃相似. 如此觀之.急性闌尾炎,儼若闌尾佐助身體以敵細菌而敗北也.慢性闌尾炎,卽闌尾恒久與有恒性之敵物相抵抗也.閉塞性闌尾炎,乃闌尾雖損失其免疫之作用而終獲勝也.是以對於慢性闌尾炎截除闌尾而效果不甚佳者可瞭然矣. (三) 闌尾之長短及方向人各不同.有長一吋半至十一或十二吋 40—300 mm. 之不等.但平常約長三四吋 75—100 mm. 愈長自愈易患糾搭或扭轉.方向無定.乃列於盲腸及升結腸之後方而向上.其尖向上.但亦有向盆而下垂者,故發炎時最易致盆內併發病.亦有列於盲腸外側者,故其炎祇限於該側. (四) 闌尾系膜附麗處之大小亦關緊要.因闌尾所凸過系膜獨立緣之部分營養不足也. 系膜常止於闌尾三分之中遠二份之交點.且闌尾常於此處穿破. (五) 闌尾與盲腸之相通處常係一小孔.並有粘膜皺襞遮護之. 有時此孔不通或狹窄.因盲腸炎或盲腸粘膜炎所致.則闌尾內必積有粘液質致膨脹成囊. (六) 闌尾內所含者僅有少許粘液質及菌類.與鄰腸內之菌相同.並不爲害.倘粘膜受傷.容菌侵入活組織中則毒力加重. 若腸道因口毒偏受染.則闌尾因此而發炎. 有時闌尾內含菓核及針等異物.故常受激刺以致發炎.但此類物少見. 糞石則常見之.其形橢圓.長約半至一吋 12—25 mm. 係乾燥糞

質雜以多數菌所成.或有菓核異物爲石之中心.石不甚硬刀易破之.兩指壓之則碎.若因他故用X光線照法有時可見.成此物之原由.乃因闌尾前略發炎而收縮致內質停滯.日久遂變而凝結. (七)闌尾炎常與盲腸炎兼患.或與瀰漫性結腸炎同患.約因慢性大便秘結所致.緣盲腸之粘膜與闌尾之粘膜彼此相續故能同時發炎.若欲治此患.僅割除闌尾未必見效.因結腸炎仍在也. 痢疾潰瘍有時累及闌尾或令其口縮窄.但腸熱病罕有累及者. (八)受傷,如振傷或扭轉傷,亦係起闌尾炎之誘因.約因較長之闌尾離位致滋養脈被糾搭或梗塞. 倘闌尾含石而受損傷.則四週之血管易於受累.此亦起炎之原由也. 若因闌尾口或其腔狹窄積有粘液膿.觸之或破裂致患急性腹膜炎.

近來闌尾炎在歐美各國日見增多.居大城邑者患之更易.但難索其原因.大約因數種情狀而致: (甲)牙壞變致口及腸染膿菌毒. (乙)因事務忙迫不暇細嚼食物,致腸胃受慢性激刺. (丙)慢性大便秘結爲一最要之故. (丁)近來歐美各國用肉之人較多於昔.因由外所輸入之凍肉價値甚廉也.此等凍肉較新鮮者易於壞變.故易加腸內之毒.此可以證實之.試觀食魚菜之一族人患闌尾炎者少.但該族人若赴他處而多用肉食亦能起此患也.

病理解剖 無論何故起闌尾炎皆屬染性病.必有菌類侵入其壁.多係鏈球菌與大腸桿菌.或腸中之他等厭氣菌. 其侵入闌尾之路,係粘膜受異質或凝結糞石嵌入以致潰爛,或細菌吸收於豐富之淋巴織致勝過免疫性.爲便於講論起見則將所顯之狀列下:

(一)闌尾之改變 輕重乃視人之抗病力及致病原因而異. 最輕者如卡他性炎類.則闌尾紅腫.腹膜之面滑潤.或因內皮細胞脫落及淋巴屯積於膜面則致顯粗濇. 闌尾因液滲

入.捫之覺硬而失其本來之柔性.肌織膜常被白血球侵入.血管穿入之處尤甚. 粘膜增厚而充血.且有若許之多核白血球侵入.亦有糜爛或成潰瘍之處. 倘不復加重則日後自瘉.但常兼有纖維性變致顯以下之狀. (甲)全闌尾硬化.則成塊然之堅物.或自成彎勢.(第四百零三圖). (乙)闌尾狹窄.致分泌儲積或結成糞石.且炎常易復發較初次尤重. (丙)闌尾閉塞.因其內面之肉芽長合所致.此常起於闌尾尖.漸延至結腸.迨病復發多次始完全閉塞. (丁)有時闌尾粘膜脫入肌層間而成憩室.其室甚小猶如粟粒.但甚爲緊要.因闌尾積液緊張時憩室之薄壁易破.致成穿破性腹膜炎.

若進行則成潰瘍類.所損失之粘膜多少不定.若係輕卡他炎則只成淺潰瘍.若係糞石嵌入其潰瘍必深.亦有因結核病而起者. 闌尾易被菌侵致成化膿之各類.內或含粘液膿.逐漸增多.不過數小時即穿破.或全壁因膿浸潤變成黃色.潰瘍或漸穿壁而通入腹膜腔.致成限局性或瀰漫性之膿性腹膜炎.

最重者成壞疽類.由糞石嵌入,或粘膜潰爛,或闌尾系膜之血管糾搭,或血栓形成而起急性間質炎. 全闌尾或一段壞死而脫離.但尖處或系膜遠端相對處係常見之位置.壞死組織軟而易破.色棕或綠.其臭常惡. 有時穿破則糞石由之而出.此類患皆甚險.因染腹膜腔也.

(二)盲腸之改變 或與闌尾炎兼發.若係卡他性闌尾炎或兼盲腸及結腸普遍發炎.故謂闌尾炎爲盲腸炎之併發病甚爲恰合. 對於盲腸結腸兼發炎而有觸痛者.宜格外愼重以免枉行手術而病者不得其效也. 若係膿性闌尾炎.盲腸亦發炎而被浸潤.但其炎係由腹膜面而發.非由盲腸內而發.一施手術炎勢自退. 炎勢極重致盲腸壁化膿而壞死者最爲罕見.若有之則闌尾之根每受累.恐日後有糞瘻之虞.

(三)腹膜之現狀 闌尾發炎時腹膜之現狀甚為緊要.輕者其腹膜炎有護庇性.闌尾之漿膜發炎.內皮細胞卽脫落.而有淋巴屯積.致闌尾壁發濇而增厚.或成粘着將闌尾束定. 所束之方位不一.最常見者卽一部分或全部粘着於盲腸.亦或粘着大網膜,系膜,或卵巢等.總之任與腹內何器官皆能相粘以阻其各作用.或致起急性梗阻. 亦可與筋膜如連於腰大肌鞘,或髂血管鞘等粘着,致顯數種症狀.

急性闌尾炎滲液之散布,按闌尾所居之方位而異.

闌尾炎之重者則起染性腹膜炎.視菌之毒力,與人之抗病能,及感染之情形,而定其為限局性或非限局性.腹膜內限局性膿腫非罕見.因大網膜與腹壁及鄰腸蟠皆可相粘,以阻膿腫外延也. 其膿腫之方位及連屬按闌尾之原位何在而定.(第四百零四圖).大約多居盲腸之下後.有時向下入盆,或向內入腸蟠間,或在升結腸內側或外側向上至肝. 此膿腫可於腹面穿破.未破之先該處紅腫充血.最常穿頭處卽髂凹外份與腰三角處. 或破入腹內任何器官.多在盲腸膀胱兩處. 有粘着破裂累及腹膜腔致全腹膜起急性瀰漫性炎者.亦有因膿腫激刺致腹膜多有漿液滲出者.但將膿腫割開其液卽散. 其中之膿惡臭.若闌尾壞死則臭尤烈.但臭之烈否不足判病之輕重.有時膿內見有糞石之碎塊或闌尾壞死之塊.有時含氣,或由腸中而至,或疑產氣菌所發.闌尾在膿腫內雖未腐脫而仍連於盲腸.亦不易查得.

最重者則起瀰漫性化膿性腹膜炎而無限局之趨勢.且有甚多漿液性膿滲出.此多係被鏈球菌及以後所繁生之大腸桿菌所染也. 滲液向何處蔓延,乃在乎闌尾之連屬.若闌尾居於盆上口邊.卽結腸系膜之外側.則滲液延至右腎窩.致成膈下膿腫.若闌尾居結腸系膜之內側.則滲液被系膜根限於腹膜腔之

第四百零四圖



Fig. 1

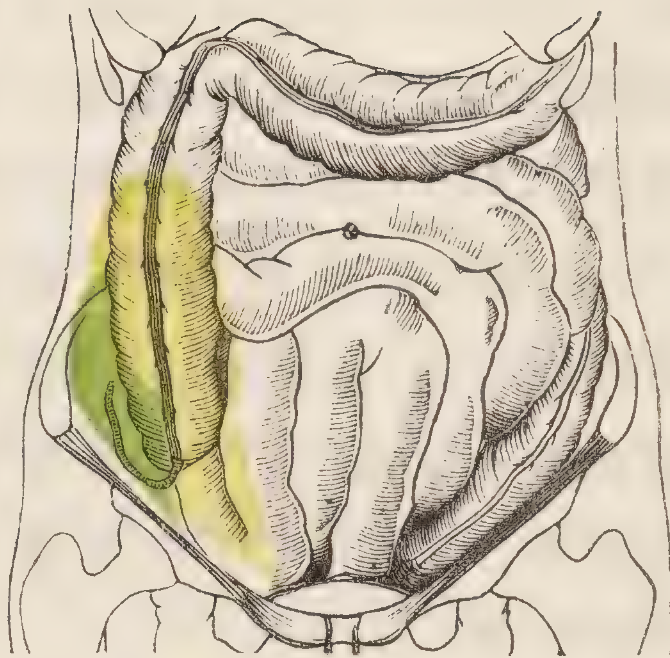


Fig. 2

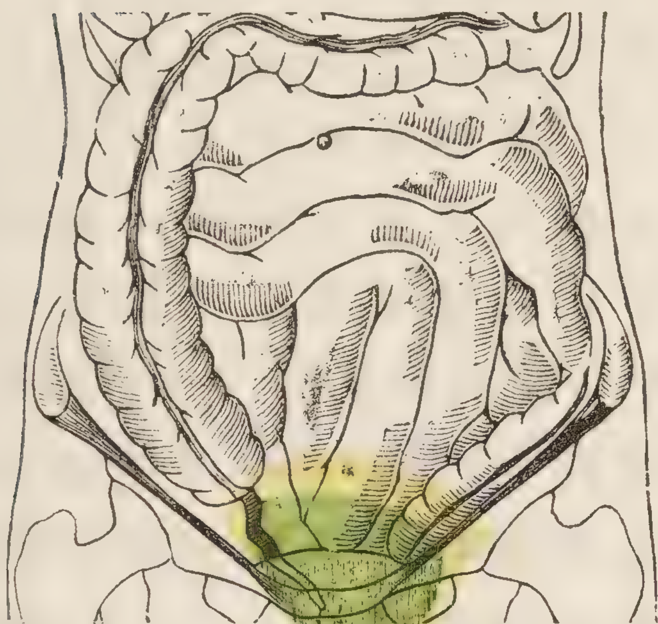


Fig. 3

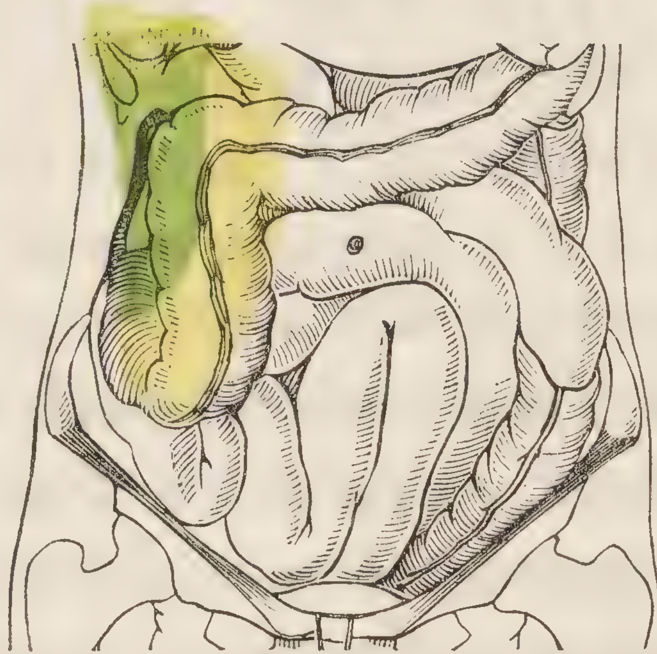


Fig. 4

Fig. 404.—DIAGRAMMATIC REPRESENTATION OF THE DISTRIBUTION OF THE EFFUSION IN ACUTE APPENDICITIS ACCORDING TO THE POSITION OF THE APPENDIX (*after Quervain*)

Fig. 1.—Appendix in right iliac fossa; abscess localized in fossa; but diffuse effusion spreads widely up along the colon, down to the pelvis, across the middle line to the left side.

Fig. 2.—Appendix to outer side of cæcum; abscess localized.

Fig 3.—Appendix in pelvis (pelvic appendicitis).

Fig. 4.—Appendix reaching up towards the liver with cæcum twisted; abscess subhepatic and mainly localized to the right loin.

Yellow—serous or sero-purulent effusion. Green—pus.

一圖. 闌尾居於右髂凹.雖膿腫限於該凹.但滲液散布甚寬.向上循結腸.向下至盆.且越過正中線之左側.

二圖. 闌尾居於盲腸外側.其膿腫亦係限局性類

三圖. 闌尾居於盆內.(名盆闌尾炎).

四圖. 闌尾向上至肝.盲腸轉向後.其膿腫係肝下類.多半居於右腰部.

黃色係漿性滲液或漿液性膿.綠色係膿.

下半.即盆及左髂凹.然遲早則全腹膜腔被累.此際施手術難以獲效. 滲液初係漿液性.但速變渾.終則成爲血絲性膿或純膿.倘爲漿液性或漿液性膿.用手術治之甚有希望.惟在晚期腸蟠已被淋巴相粘而癱瘓,雖治之亦無益矣.

(四)腹膜外化膿 有時炎經過闌尾與腹後壁或盆等腹膜所成之粘着,至累及腹膜後之結締織. 其膿或積於髂凹內而向前穿頭.或下行入盆而破入直腸.或循腰大肌腱至股而穿頭.或穿至腰而成腎周圍膿腫.或成腹膜後之膈下膿腫.且有穿入胸腔者.

(五)併發病 任何類闌尾炎有時兼有各種併發病:(甲)闌尾系膜靜脈血栓形成.若被膿菌所染.令血栓脫離或致起門靜脈炎(見下)及膿毒血病. (乙)股靜脈亦有時患血栓形成.若在右側,約係右髂靜脈受累而發炎也.若在左側(此側多見之),約係全身受毒所致,或係手術後而起.此因腹前壁被割斷之血管有炎性血栓形成也.(見二百八十面). (丙)婦女患闌尾炎者其卵巢常有慢性或亞急性炎.約因闌尾之位置垂入盆內所致. (丁)腎之各種併發患.乃因發炎之塊壓於腎靜脈,或壓輸尿管在過盆口邊處,致有血尿或腎痠痛也. (戊)赫尼亞囊內之闌尾炎.詳論於下章. (己)有時發炎之腸壁被癱致有梗阻之患.或日後成粘着,或成瘢痕帶,令腸蟠糾搭或狹窄,而致梗阻也.

臨診之症狀

(一)卡他性闌尾炎 Catarrhal Appendicitis 此係輕類病.常兼有限局性腹膜炎.大概忽然而起.然發作之先或全身不爽.或腹部不適. 驟爾作痛.先顯於臍或腹之任何處.至二十四或四十八點鐘之末則痛限於右髂凹.有似刀割.至於痛之久暫及輕重各人不同. 平常發熱多隨寒戰而起.且覺惡心嘔吐.不久

則吐止.大便秘結.然在小兒有時腹瀉,所瀉者或帶血.故須與腸熱病辨明.

察其腹壁則覺縮硬.右腿常上屈俾腹肌鬆弛.重者腹呼吸運動全無.雖係輕病.右髂凹之肌亦縮硬以護其內臟. 按之有觸痛點.此點約在由髂前上棘至臍之連線距前上棘吋半處(38 mm.), 名馬克孛耳內氏點.(三百九十一圖 A).若深探而忽撤手則痛甚. 有多數患者闌尾向後.觸痛點則在腰處.若向下入盆.在腹面或無觸痛點.必由直腸或陰道查之其痛方顯. 有時在腹股溝韌帶外半之上捫有一腫團.其位置按闌尾之方向而異.叩之或有實響.但有時作鼓響.因其係腸蟠及大網膜連繞闌尾所成也. 若無腫團.乃因護庇之粘着尙未長成.是以多見於最劇烈之穿破性闌尾炎.或因炎團深列腹中前面被脹大未炎之腸所遮蓋.

皮感覺過敏見於闌尾炎之強半.可用一小針與皮面成正角而輕畫之,或以二指輕捏之.以試驗腹之兩側,並闌尾區(卽腹正中線,腹股溝韌帶,臍水平線,三者所成之三角處.)及其上方與下方,而比較其感覺. 感覺過敏之區各內臟不同.然除兼患腹膜炎外罕有之.闌尾炎皮感覺過敏之區.約係第十胸神經散布之處.此過敏顯於青年者較甚於老年人.患希斯忒利阿及腦力不穩者尤甚.

在輕炎類.若從右側按至正中線則闌尾區覺痛.倘有粘着則尤顯.此爲診斷之一大助也. 亦有時循升結腸之左緣有觸痛.約因腸系膜淋巴腺腫大所致.施手術時則見此等腺充血而腫脹.

此卡他性類病期約爲三至四日.若治療妥善.則消退而不致成膿腫. 甚爲多見.然其豫後尙佳.曾有人報告剖檢一般患此病而死者.有百分之三十五闌尾已粘着.

在輕而至閉塞之類.右髂凹之皮感覺過敏甚顯.升結腸被氣充盈而降結腸空虛.約因闌尾之神經纖維被硬化組織壓傷,致結腸之機能過敏.至終則結腸疲乏而膨脹.

(二)限局性膿腫 Localized Abscess. 此係較重之類.其起也與卡他性者同.但其狀較急.先或寒戰.體溫速增.甚至達一百零四度(40度).繼則全腹有觸痛而膨脹.大便甚結.或嘔糞.腹壁右側之肌縮硬.髂凹內有時脹滿.或捫有腫團.然不僅限於右髂凹內.腹正中線或他處亦可見之. 小心料理則腫團或可消無.症狀減輕.體溫脈搏漸次復原.但隨卽化膿者多見.如此則其熱不退或脈搏增速.初期捫之無波動之狀.倘俟捫有波動始施手術不能奏效. 膿腫先繞闌尾而生.初居腹膜內.有時破入腸.故不假外科士之手亦可自瘉.若向外穿破.經過腹前壁致皮充血而腫.則膿穿向皮面矣.或經過腰處穿頭. 有循升結腸之內或外側而穿至肝下面者.亦間有膿向下行屯積於直腸前方者.闌尾尖列於盆口邊者更如是.故外科士遇闌尾炎,若體溫似有膿腫之勢.倘未查出膿腫之處.宜再查直腸. 倘膿腫破入腹膜腔,必顯急性穿破性腹膜炎及血中毒之狀.卽疼痛甚烈,體溫忽降,腦力虛脫,血循環幾衰竭等.而人死矣.但於未死之先腹必脹大.

有多數患者初起略重.不久則狀減輕.體溫如常.痛減吐止.殊難定此等狀究爲暫瘉抑或爲痊瘉之肇始. 若係暫瘉.小心察之則仍有症狀.如腹脹,呃逆,或局部觸痛,其痛在察直腸時始知.或脈搏仍速.越數日體溫又升高.局部症狀加急.繼成限局性膿腫.

膿之有無有時難以斷定.惟用血球計算法庶有資助.若仍難定須再計算之.學者須參觀白血球增多篇.(見三十二面).若白血球數居二萬以下只爲發炎之徵.倘過二萬以上卽化膿之

據也.但在初期白血球增多不爲緊要.若恒久不減.始爲化膿之要據.

若闌尾已壞死,或一部份壞死.起初之急痛可消滅或無.病者自覺舒暢.但脈搏仍速.面容不佳.且有顯然之局部縮硬.如此者可成限局性膿腫,或急性瀰漫性腹膜炎.

(三)瀰漫性腹膜炎 Diffuse peritonitis. 重類者忽然而起.繼因劇痛而顯腦力虛脫.亦或有寒戰.且嘔吐. 隨則全腹卽顯瀰漫性炎.(見八百二十面).越二三日卽死.此類體溫不高.查其白血球減少卽知其無抗病力. 但多不如是之急.痛先起於臍處.隨卽移至右髂凹.腹之患側板硬.漸延至左髂凹.復上延至肝處. 亦顯嘔吐及大便秘結之狀. 體溫升高三四度.脈搏之次數由一百至一百二十.尿亦減少.倘不早施手術急性瀰漫性腹膜炎狀必隨之而顯.

(四)回歸性闌尾炎 Relapsing appendicitis. 乃未完全獲癒而仍有餘狀也.夜間體溫仍畧升高.闌尾或猶可捫出.有觸痛或畧痠痛. 多數患此者係因闌尾粘膜潰瘍未癒,或其腔狹窄之故. 倘置而不理.後或有急性回歸,或菌侵入闌尾系膜之血管致起極重後發患. 若闌尾炎於一星期或十日末未完全就癒.割除之最妙.

(五)復發性闌尾炎 Recurrent appendicitis. 乃闌尾炎已獲痊癒.後屢復發.輕重不等.而復發之時期亦不同.或隔日甚遠.亦有隔日甚近者.致患者體力衰弱.闌尾亦兼生異常之粘着.或有狹窄之處.常見闌尾連於腰大.肌鞘.故下肢忽用大力時致其炎復發.若有狹窄處.於該處之遠段或屯積含菌之液.致患者時有痠痛.有無發熱不定.大約係闌尾欲逼出粘液質之故.此名爲闌尾痠痛 Appendicular colic. 間有日後闌尾全行閉塞,並與粘着結成一塊,而天然自癒者.然尋常任其屢發而不治理.至終則

顯急性發作.致有施手術之必要. 卡他炎類較他類更易復發.大約有百分之三十.較急性之闌尾炎復發者不多見.已化膿而復發者亦少.然有患者復發膿腫二三次.且於間歇期症狀全無.

(六)闌尾炎性胃痛 Appendicular gastralgia. 此指病雖在闌尾而症狀及病徵皆顯之於胃也.與胃潰瘍或十二指腸潰瘍甚似. 患者多係女界.若用試驗餐查之.則見胃液過多.且其中所含之氫氯酸加增.若剖腹查之胃及十二指腸無何損害.但在闌尾則顯慢性炎. 若將闌尾割除其顯狀即無.胃液亦如常.此可證明昔日之狀由闌尾而致也.反之患胃或十二指腸潰瘍者有時其痛映射至右髂凹.曾有多數誤截除其闌尾而不見效者.

須詳查其病歷.在胃或十二指腸之病其痛較闌尾炎多為恒久性.且痛之間歇期較短.而闌尾炎者嘔吐較少.且嘔吐不及胃或十二指腸病之減輕其痛.若猶有所疑.須用一般化學,X 光線,等試驗法以助鑒定. 此類病者右腎多能動.並有觸痛.

診斷 症狀顯明者則易診斷.痛,觸痛,發熱,嘔吐,大便秘結,腹肌縮硬,或顯腫團,皆為特狀. 但症狀常異.且現象亦各不同.故雖富有經驗之臨診家診斷或亦謬誤也.

肺炎初期有時髂凹處有劇烈之痛及觸痛.小兒常如是.若病起甚急.腹肌縮硬.且嘔吐.頗與闌尾炎相似.但腹部之症狀約因胸膜各部發炎而致.其痛乃居淺處.若深按其闌尾處或無觸痛.且計算白血球較闌尾炎為多. 對於一般疑似闌尾炎之孩童須詳查其肺.有時令孩童左臥有資助.若係闌尾炎則腹部有痠痛.若係肺炎則有咳嗽. 若在初期腹瀉.則易誤認為腸熱病.但查其皮面無疹,且用肥大氏法 Widal's test 顯陰性反應,則不致膠誤. 急性腎盂炎有時僞冒闌尾炎.然體溫較高.腹肌弛緩.觸痛居腰部.且尿含膿及細菌.然有時闌尾在經過盆上口緣處挨近輸尿管.故發炎時致尿含血.甚致腎有痠痛.然腎仍無觸痛.

且痛居較下之處. 十二指腸穿破或胃穿破炎勢下延者與闌尾炎狀相類.但在初期痛常居腹上部.亦或有氣居腹膜腔.倘剖腹時所出之氣無異臭.其患約在胃或十二指腸也. 粘液性結腸炎與慢性闌尾炎甚似.然闌尾實由之而受累.欲辨淸此二類.可藉結腸全路之觸痛及大便所帶之粘液以鑒別之. 輸卵管或卵巢有病察盆可以鑒別.然須記慢性闌尾炎常與右卵巢炎同患.每與月經至時作痛. 若卵巢有一蒂扭轉之小皮樣囊腫.倘不由陰道或直腸診察.將疑爲闌尾炎矣.

若闌尾反復發炎而成粘着.或致右髂凹結成較大之腫團.非用手術則難將此病與結核病或惡性腫瘤鑒別.但闌尾炎較此二者之病期尤久. 腹部任何處之膿腫.有時亦由闌尾而起.必俟詳查腹膜腔時始知其原乃在闌尾也. 闌尾炎與急性梗阻之鑒別詳於後.

豫後 常無定規.因各種闌尾炎雖其初狀畧同.然將來如何不能預知.有云受染之闌尾猶如鎗門之碰火帽.有時被觸而無何發作.有時被觸僅火光畧一噴射.有時致猛烈之爆發.故不能先知其結果如何. 若令人靜息.小心調理飲食.但體溫仍高,或下降而脈速,且恒久呃逆者,俱屬不佳之狀. 髂凹內有腫團者非惡狀.若無之則景况不佳.蓋髂凹無腫團,或因護庇之粘着組織少,或闌尾列於盲腸後而不易施手術也.

治法 近二十年來討論此病之意見甚多.欲舉其要而簡言之大爲不易.昔所謂盲腸周圍炎者每歸內科治之.近則不然.乃謂闌尾炎確應屬外科療治.或內外兩科同負其責.蓋因病雖輕而有併發病驟作必速用外科法救之也.

(一) 輕卡他性闌尾炎.如體溫未至一百零一度(三十八).症狀亦不重.須令病者安臥.患處覆以熱濕布.先檢察直腸.若無盆內之併發病則用灌腸法冲淨結腸.若腸似存糞質而受戟刺

可用蓖蔴油或甘汞.但僅用一劑.且須斟酌妥當方可投劑. 飲食祇用薄味液體.倘或嘔吐可用肛飼法.用嗎啡亦宜.蓋能使病者安靜,阻腸蠕動.助成護庇之粘着.但嗎啡之劑愈小愈妙.因其能掩症狀也.

對於輕類闌尾炎應否施手術之問題可分三段論之:

(甲) 若用合宜療法至四十八小時之末未見效,及第三日疑其化膿,則須施手術.

(乙) 病之急狀已過.然闌尾仍有觸痛.並可捫得之.宜割除闌尾勿庸遲延.在夜晚體溫略高者尤然.

(丙) 病實至休止期(常在九至十日).則宜將闌尾割除.此說雖非衆所贊成,然實合理.按吾人每日之經驗.則知此說實爲適當. 一則因瘉後復發者常見.(約百分之三十).一則何人或復發何人可獲免最不易知.凡復發必較首次爲重.且常至化膿. 一則每發一次必增加粘着.故一次後割除較易,連發數次後割除甚難. 一則若不用手術務令病者格外安靜,節制飲食,須專心調理而防其復發.但事忙者頗覺不便.故當病發時或發後割除之庶於事少有躭悞.

休止期施手術 Operation in the Quiescent Period. (一) 若料粘着不多.可用馬克孛耳內氏分肌法於腹割一長二三吋 50—75 mm. 之斜口或橫口.經過闌尾點(馬克孛耳內氏點)或點之微下.與腹股溝韌帶之外端平行.露出腹外斜肌.循肌纖維割之.用露鈎向兩側而牽.再將腹內斜肌纖維與腹橫肌纖維橫行割斷. 遂用大露鈎深插而外拉以露出腹膜下之脂組織或腹膜之方形或斜方形區.其徑一吋半至二吋 38—50 mm. 若此區不敷着手.須將割口往內側延長而開腹直肌鞘.將腹直肌牽往內側而割斷其鞘之前後壁. 再將腹膜橫割斷而夾其邊緣以便縫時認明.盲腸旣露須輕緩拉出.則循盲腸前縱肌帶達至

闌尾.先將粘着組織分開.闌尾便可割除.即將闌尾系膜之血管縛定而割斷.在距盲腸半吋處將闌尾之漿膜及肌織膜環割而翻捲之.祇遺粘膜及粘膜下層所成之窄管.再將該管於平盲腸處用線縛定而截除闌尾.對於凸出之粘膜小心刮淨.祇留其粘膜下層而已.隨用袋口縫合術繞闌尾根而縫盲腸之漿膜及肌織膜.用鑷將闌尾根褪入盲腸內.又將縫線束緊而作結.如此則闌尾根被埋藏而有腹膜蓋之.(四百零五圖).闌尾系膜割斷處須用數針縫合.以免日後成粘着之弊.諸出血處已止.盲腸在割時所蓋以保護之熱濕布此時宜揭去.而將盲腸送入腹中.若係婦女.則右卵巢及輸卵管須小心察考.腹壁割口逐層縫合.勿庸引流.亦有外科士用經過腹直肌之竪割口分開肌纖維.而將腹直肌鞘平齊腹膜而割斷.如此則着手處甚便.且運動神經纖維少受損傷.

第四百零五圖

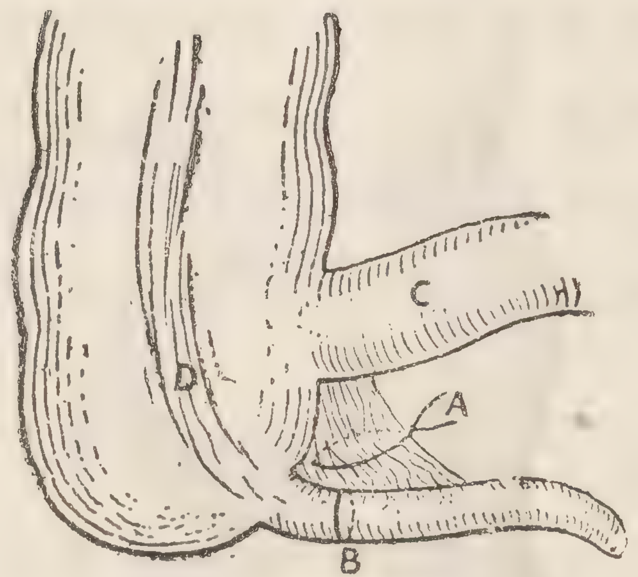


Fig. 405.—APPENDICECTOMY

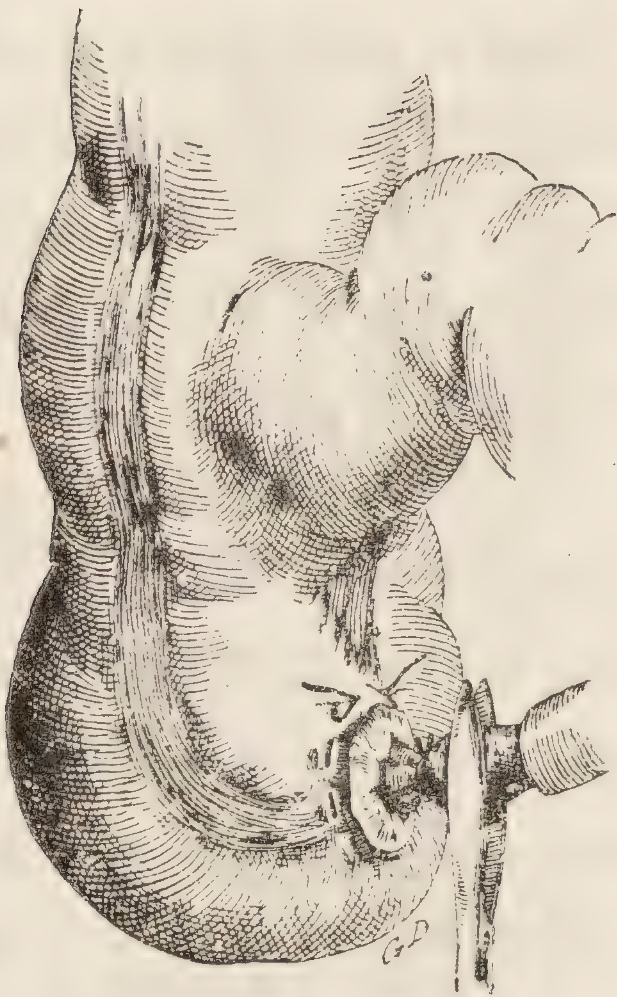
闌尾截除術

A 闌尾系膜之縛線
B 漿膜肌織膜之環刀口
C 迴腸之下端
D 盲腸前肌帶由闌尾底起

若料其多有粘着則勿用分肌法爲之.腹壁須循腹外斜肌纖維之方向割開.故刀口可隨意令之上下增大.分開粘着甚爲不易.須小心爲之.然一分開即照上法將闌尾截除.此斜割口對於輕類者甚爲有用.然勿多割斷腹內斜肌及腹橫肌.割口約一吋半已足.若謹慎縫合諸肌則日後無成赫尼亞之虞.

在較劇者須令患者安臥三星期.使刀口處生長堅固.數月之後不應用大力.惟病輕者僅臥二星期可矣.若於瘢痕愼用合口貼膏貼之可免疼痛.

第四百零六圖 第四百零七圖



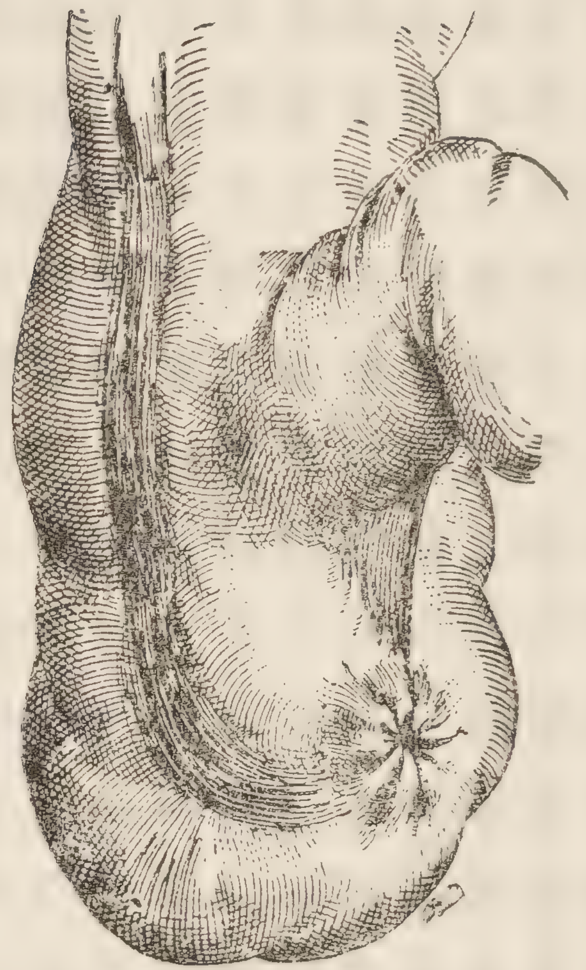


Fig. 406-407 —AMPUTATION OF THE APPENDIX
割斷闌尾

(二) 暴發性闌尾炎 Fulminating appendicitis. 對於最劇烈之暴發性闌尾炎而兼有瀰漫性膿性腹膜炎者,除即時施手術外無他法. 若腹膜之炎勢甚廣而液係膿性,則少有希望.然若滲液多半注於盆內且尙爲漿液性.果設法治之或可救百分之幾耳. 是以若遇初起顯有劇痛,屢嘔.精力虛脫,腹部硬而不膨脹者,則須立施手術勿稍遲延,蓋因此類炎闌尾或已成壞疽或已破裂.其害一時加重一時.或闌尾內充滿粘液性膿幾至破裂,致染全腹膜腔. 宜於腹中線或右髂凹處剖開其腹尋闌尾而割除之.將滲液蘸出.或用百零八度(四十二)無菌鹽液洗出之.若施術較早.雖畧有滲液在腹內或不用引流.但多半仍用管或紗條引流之.

(三) 若確有膿腫按之則有動波,或腹壁水腫之徵.須立時割開之,蓋病約已歷一星期之久,且已生粘着而隔開腹膜腔.

宜於腫處作割口.小心向深處割之.因各組織相粘.刀或食指或忽入膿腫腔內則臭膿隨之而出. 再輕手探察膿腫腔視闌尾可否捫出.勿用大力.恐將粘着撕破致開腹膜腔也. 倘不克尋見闌尾亦無妨害.須輕緩灌洗再設引流.割口畧縫閉大抵見效.卽至第三日流出之膿漸失其臭.所遺之瘻逐漸成肉芽而癒.若尋見闌尾卽應割除.

(四)仍有多數患者雖上論諸狀均不顯明.然局部及全身之症狀足指明有劇烈之損害.此等病案是否宜用手術,且在何時,各人之意見不同.往時用內科療法收佳美之效者有之.但不可專恃.多有延悞過久至晚期始延外科醫士.然雖欲用外科法治療卒無裨益. 且闌尾已發炎則日後非但無用反有危險.故愈早截除愈妙. 早施手術.卽二十四小時之內.則常見業已化膿.對於症狀劇烈而早施手術.罕有不見某情況令人幸其手術尚未遲悞者.再者按統計表施手術於炎發作之第一日較施於第二至第七日者死率爲少(祇百分之一・二). 試將早施手術之裨益列下:(甲)病人未至血中毒致精力虛脫之候.故能勝過開腹而察腹膜之危險. (乙)所滲出之液較少.且易於料理而除去之.故少有全腹膜腔及腹壁受染之危險. (丙)大約闌尾易於尋見.且不難截除.然至晚期已成大膿腫.則闌尾不易尋見.須俟後日再施手術.由粘着內將闌尾挖出.但此時之危險更大. (丁)小割口卽足敷用.日後成赫尼亞之患亦必少. 由是可定一合理之例.果能遵行之必有裨益.卽一般病較重者若用安息及內科療法.於四十八小時之內其全身及局部之症狀仍不減輕.則宜施手術.以下所述之顯象.乃表明有腹膜內膿腫者更宜施手術也.卽白血球數恆增多,或在二萬以上,且歷二十四小時不見減少.腹久膨脹.體溫恆高.厄逆.或體溫降而脈搏仍速等. 若有限局性腫團恆不消退,或逐漸增大,且觸痛漸劇者,則更爲需手術之指徵也.

（五）猶有初起之狀越二十四或四十八小時則減輕者.但未幾病仍復發而似化膿之狀.如此者立施手術爲宜.因適値成膿腫也.

上所述合理之例對於孩童或不適宜.按吾儕之經驗則知對於患急性闌尾炎之孩童.若施手術於第三至第六日之間.手術後二十四至三十六小時之內情況頗順.後則驟顯不順.卽體溫降低.脈搏增速.思睡.恒久嘔吐.甚至昏迷而死. 嘗認爲遲發之哥羅芳中毒.究其實乃因敗血病所致.蓋孩童之血尚無護庇性抗體也. 是以若未在第三日前施手術者.須待第六日後始可施行.

化膿性闌尾炎之手術. 迷蒙藥宜用醚.因用哥羅芳而死率較多也. 其割口按症狀及最觸痛之點居何處而異.腹壁各層全行割斷.口之大小須足用.果割之較長自不盲從其事. 旣認明各部之列式若何.隨用無菌紗庇護腹膜腔以免膿染.將紗一條循升結腸上塞.又將一條下塞入盆.內側亦需一條以護小腸及全腹膜. 再將盲腸緩緩由其位提起.則膿腫常於其後面顯出.宜極小心勿使完好之腹膜沾汚. 若能割除闌尾甚妙.但有時不能如上法按序施行.則須先用羊腸線繞闌尾之根束之.宜距盲腸半吋 13 mm 將闌尾割除.又用紗條遮於闌尾根以代引流管之用.常有尋不見闌尾者任之可也.但妙手之外科常能尋出而截除之. 須將膿腫腔內之膿小心蘸乾.且小心查盆及右腎凹曾否有膿.終塞以紗布以便引流並護庇四週之件.腹壁割口應不全縫合. 待二三日漸將紗布撤出.至已生粘着而隔開腹膜腔,始可用鹽液或二氯化氫灌洗.則傷口卽漸生肉芽而癒.將長滿時可用貼膏令皮相挨免成腹壁赫尼亞.

有時割開膿腫而引流.厥後所成之瘢漸退讓而成腹赫尼亞.大網膜與小腸相粘而突出,並與瘢組織粘貼. 有時以疝氣帶護之已足.有時須用手術將粘着分開.若未割除闌尾則乘機

除之.且將所分之肌邊按平常藏縫術縫合之.或使彼此相搭而縫合.見下章腹赫尼亞篇.

闌尾結核 於患他處結核病,如肺結核等而死者,剖屍驗之.則見其結核累及闌尾者不少(30%). 少有僅顯於闌尾者.若有之.多為二十至四十歲患尿生殖器結核之男人. 初期粘膜潰爛.由闌尾尖蔓延致壞其壁.終成盲腸周圍膿腫.破入腸內或向外穿破. 有由盲腸結核漸長而累及闌尾者(見八百六十七面). 亦有兼起結核性腹膜炎者.此則由闌尾而起.或闌尾由其漿膜而累及. 以上諸患無甚特別之狀.皆與慢性闌尾炎相似.

菊形菌病 Actinomycosis. 此病累及闌尾較多於腹內他器官.由食被染之物而起.即於右髂凹之組織成一漸長大之硬塊.此塊侵入周圍組織遲早穿破皮面.出硫磺色粒及粘性膿.其臭特殊.嗅之即知其確係此病. 隨則其瘻被膿球菌所染.此菌若由腸而來.則兼有膿性併發病.於其結局甚有關.且此病多於他處見有繼發性病竈.在肝更多.(見後). 治法若能割除闌尾則割除之.或將盲腸一併割除.若不能如此行之.可將該處刮淨.置一引流管.並服碘化鉀之大劑.雖服藥已至菊形菌滅盡.然有時仍有膿流出.或致人死.

原發性癌 生於闌尾者惡性略輕.症狀與平常慢性闌尾炎同.迨施手術取出視之始知其為癌也.既已割除約不復發.但此患甚罕見之. 肉腫瘤亦或生於闌尾.其豫後較癌不佳.內皮瘤亦間有之.或有數種所想為癌者.究之實係此瘤.

肝病 AFFECTIONS OF THE LIVER

肝移位 Displacements of Liver. 此非常見.因肝被維持者衆.即韌帶及附麗於深處之物件並腹內壓力也.若腹壁鬆弛而腹

內之壓力減少.則肝下垂致成內臟下垂之大份(見八百七十二面). 肝旣移位則其上面轉向前而成特別之現狀.與肝增大相似.但增大者其原位仍顯正常之實響.移位者乃顯空響.病者自謂該處墜痛而不舒.但此狀不甚劇.平常除用帶托扶並設法恢復腹壁之健力外,無庸他法治之. 病甚重者亦可循肋下總緣剖腹.將肝縫於腹膜壁層.施手術時須用垂頭臥式.割畢須墊高床尾數星期.

利德勒氏肝葉 Riedel's lobe. 此係肝右葉肥大而成一舌形塊也.此塊凸向腰易誤認爲浮動腎.間或兼有膽囊擴張而含石.其囊則被該肝葉所蓋. 葉蒂之連於肝有時甚闊.亦或甚細或細至幾無.如此故甚活動.然與肝動無關. 若詳查之約可與浮動腎辨明.即令病者向左側臥.可將手插於該葉與腎之間.此無庸療治.惟治膽囊之病而已.

肝破裂 多因腹壁損傷(如踢打擠等)或被肋之折端撕破.亦有因穿傷(如寶劍短刀刺傷等),或鎗彈傷所累及者.傷之輕重不等.或因非通於外之擊傷致肝祇被撕傷或挫傷.或因利刃割傷致兼將肝之大靜脈割斷.鎗彈能致全肝構造紊亂.傷之輕重亦在乎肝之情形如何,如硬化之肝擊傷之害則小.若肝長大而係脂肪性則甚易破裂.

症狀 首顯者即休克.有時亦不甚重.右季肋部痛.捫之更甚.並顯有失血之狀.此狀甚要.病之重輕多視失血之多少爲定.若肝被膜仍無恙則肝內組織撕裂.且有若干瘀斑.但其血不流入腹膜腔.此等傷多有成肝膿腫之趨勢. 倘肝被膜扯破.血及膽汁必流入腹膜腔內.若所流不多患者雖顯一切失血之狀.然尙可獲痊.蓋血被吸收淨盡.則肝傷成瘢矣. 常畧顯黃疸,嘔吐.尿亦爲膽汁所染.初顯休克.繼或體溫升高.腹壁縮硬. 血先屯積於腹上部.逐漸向下.倘腸壁兼有挫傷.則腸內之菌由此而

出.致起限局性或瀰漫性腹膜炎. 最重之傷左葉或完全扯下或一份受重挫傷.頃刻間即因出血而死.

診斷 可據受傷之歷史並被擊之何在及症狀等而診斷之.若有腹膜內出血之狀,且右側兼痛,則為的確斷定之助.然須記被傷後雖顯休克,患處頗痛,捫之尤甚.但肝或仍無重害.

治法 輕者須豫備而靜待之.倘一顯不祥之狀立即用外科法醫之.患者宜靜臥以冰置於身之痛側.祇食涼液體品.施灌洗術洗淨其腸. 病重者若已斷定確為肝破裂.須即開腹料理傷區.約在腹正中線割口為佳.因肝左葉每多被傷所累也.碎爛之塊宜完全割除.用烙器為善再用紗布塞入傷處以止出血.肝之整齊割口宜以線縫合.惟免縫線撕脫肝組織甚屬不易.故宜先將諸針脚多貪肝組織而縫之.再用手指小心將傷口揑合緩緩作結. 對於淺傷不能縫合者用烙器烙之血即可止.再用紗布遮蓋而露於皮割口之外.

肝膿腫 原因不一:

(一)多數性膿腫 Multiple abscesses. 此因膿毒血病之栓子由肝動脈或門靜脈流入所致.由肝動脈至者係全身膿毒血病之併發病.由門靜脈至者其原發之病竈居門靜脈分布處(即消化管).故門靜脈炎或因闌尾炎,或腸熱病,或化膿性痔而起. 其特別之狀,卽體溫升高,寒戰,嘔吐,腹脹,肝腫大而有觸痛,脾甚充血.

(二)膿性膽道炎 Suppurative cholangitis. 亦為肝多數膿腫之原.或因腸中之菌循膽道而散布所致.亦間有在膽囊手術後而起者. 肝內之膽細管甚擴張.滿貯雜膿之膽汁色黃如豬石.肝處疼痛.體溫升高,然無寒戰.亦不顯黃疸.惟尿中含有膽汁.

治之鮮能有效.如已診斷明確尚未割開膽囊者.可開囊而引流之以減其脹.

（三）肝包蟲囊腫　間或化膿.須用肝膿腫療法.

（四）單獨性肝膿腫　多見於僑居熱帶之男人.且多爲阿米巴痢疾之後發患.最要之素因卽嗜酒.桿菌痢疾可致肝生多數性膿腫.少有致成大單獨性膿腫者.此膿腫多居於右葉後份.但他處亦可有之.雖多爲單獨性.然其內或有數房.此表明先有數化膿之病竈後連合爲一也.若係多數性約近於肝面

膿腫內之質係紅棕色.與稀醬相似.乃腐壞之肝組織及改變之血所成.但眞正之膿則不多.其膿腫壁早期係腐壞之質,後則變硬而爲纖維性.

致病之微生物係痢疾阿米巴 Entamœba hiscolytica. 該阿米巴乃能動之物.亦能穿過腸粘膜.致成不規則之陡壁潰瘍.但該處不甚發炎.與肝之膿腫相似.此阿米巴亦大有貪噬作用.故其內每見有赤血球.由此可與非致病之阿米巴鑒別之也.此阿米巴約居於肝膿腫之壁.故於初放出之質內有時不能尋見.越數日卽可尋出.此膿腫大約不含細菌.故培養之仍不得菌.但若受繼發性染則有之.

症狀　有時甚輕且未顯膿腫之狀.迨膿腫忽破致成腹膜炎而傾命始知.抑或膿被包裹直歷數年之久.平常病者自謂右季肋部覺痛.膨滿不舒.其痛並映射至右肩.若膿居肝之上面.深呼吸則咳.此係特殊之狀.體溫之高低因成膿腫之遲速而異.急性者體溫升高.時發寒戰.慢性者晚間略發熱.夜間發汗.體溫升高時亦不思食.速顯消瘦.或畧顯黃疸.若察其體則見其肝腫大.然除膿腫甚淺者外.按之則無波動亦無彈力性.叩之則有實響.其實響向上較向下尤甚.但膿腫若近於肝獨立緣則反乎是.

若置而不理.其膿腫可向數處而穿.或與腹前壁粘貼而穿頭於腹上部.則見腹壁充血及水腫之狀.或破入腹膜腔.或破入

某空器官,如結腸,十二指腸等.或向上穿過膈肌.或破入肺將膿腫內之質全行咳出.或破入胸膜腔而成膿胸. 有時成慢性包繞性膿腫.日久不變.其壁漸至甚厚.曾有一病者前十二年業經用探察針診斷明確.但未曾治理.膿腫內含膿約有二水磅(1000 cc). 其壁厚約半吋 (125 mm). 患者因懷孕而腹內壓力加增致膿腫凸顯.始知其有病而延醫也.

診斷 化膿與否不易診斷.易誤認爲肝炎.因肝膿腫多隨痢疾而起.故最要者須問其昔曾患痢疾否.須檢查大便有無阿米巴.雖能動之阿米巴只見於患痢之時.然其包繞而不動之類仍久居於糞內.乃係發光球狀之體,內有四核.須與結腸阿米巴囊分清.結腸阿米巴囊平常係橢圓形.內有八核. 用計算血球法畧有裨益.而分類計算血球法得益較多.然有時裨益甚少.因白血球之數雖至二萬有餘或仍未化膿也.若多核白血球大增,小淋巴球減少,大抵其膿多因膿球菌所致.若純係阿米巴所致之膿腫.雖白血球增多.但其中之多核血球所增較少. 若遇難診斷之病可用吸引器或套管探察之.然除先完全預備遇有膿立即割放外不可探察.刺套管有數處試列於下: (一) 在右腋線第七或第八肋間隙處. (二) 在右乳頭線適於肋下總緣之下. (三) 在右肩胛線適於肺下.

治法 於此雖無庸細論內科療法以治疑似之肝膿腫.但在阿米巴痢疾所致之肝炎尚未化膿者不得不述.吐根對於診斷及醫療甚有價值.劑量二十至四十厘 pulv. ipecac 1.5—2.5 gm. 日服一二次.但宜於二十分鐘之前服鴉片酒之小劑.若無膿則症狀速退. 尤須知吐根素 emetine 對於阿米巴痢之早期治療大有豫防之能.蓋用之於急性痢疾少致成肝膿腫也.

若有膿膿祗有手術醫之.有以空針吸引膿一二次者.但無大效.更有因刺針致成染性腹膜炎或胸膜炎者.故遇此等病須

按化膿外科律爲之.卽割開而引流也. 若與腹前壁相粘將向前穿頭.可在最凸之處開一口微開膿腫腔亦無危險.後灌洗而置引流管. 若割開腹壁見肝仍未成粘着.昔以爲須先用無菌或防菌紗布塡滿割口.或用針線將肝及腹膜壁層縫合助成粘着.使不與腹膜腔相通.待數日再開其膿腫則無險矣.近有隨卽開膿腫者.與治闌尾炎所致之腹膜內膿腫之法相同. 在放膿之先必小心用無菌紗保護腹膜腔始令膿緩緩流出.且副手須使腹壁與肝組織相挨.若能將肝質與腹膜壁層縫數針使之閉合更佳.否則必須小心用紗布塡之. 膿腫開後隨將其腔洗淨.日後再洗之更爲有益.插一大引流管.用紗布圍之以免其膿旁滲.

若膿腫生於右葉後.(此係常見者).由體側割開之最爲適當.若由前割開不便用引流者亦可如此開之.卽割口在腋中線微後經過第九或第十肋間隙處將鄰肋之一截除一段.割開胸膜腔.將胸膜壁層縫於遮膈肌之層.該膈肌在此處乃豎列.故易使胸膜腔與外口相隔. 再將膈肌割開.且常難免兼開腹膜腔.則須小心用紗布塡塞.繼則割肝.然有時膈肌與肝業已粘貼.或可尋得肝之無腹膜處.可由此處將膿吸出而微開膿腫腔. 若妥善排液自順至瘉合.然有時瘉合甚遲而仍化膿.大抵因阿米巴仍由腸而被吸收也.如此服吐根素一程或有效.

近有人謂阿米巴易爲奎寧稀釋溶液所殺.故應用吸引器將膿腫腔吸空.繼裝入三十或四十厘氫氯酸奎寧 quinin. bihydrochlor. 2—2.5 gm. 不用引流.其效甚佳. 但須用顯微鏡察膿.如見兼有膿球菌.須施以平常手術.

包蟲囊腫 Hydatid Cysts. 此患在肝較他處爲多.欲知包蟲之生活歷史及囊腫之組織已論於前.(見一百五十七面).此囊腫使肝之局部增大.然無疼痛.小者則似彈丸.大者至等於兒頭.若生於淺面其界限淸顯.居於深處者則否.囊中充滿液體

及子囊.捫之覺有波動及蟲之顫狀.(因子囊彼此傳動所致).倘囊由肝下凸起診斷則易.若深居肝中則難.非用吸器吸出其液,或探察切開術,不能與癌或梅毒病分清.包蟲囊腫之液比重略低.由一千零七至一千零九.略濁而無蛋白.有鹽少許.內有包蟲頭及鉤.此爲症狀中之特別者.

結局 其囊有時潛伏而無害.有時或自變乾.因其蟲已死而成一類灰泥之塊.或自行破裂流至各處.化膿與否不定.如經腹壁而破於外,或內破入腹膜腔,致顯休克而死.或成染性腹膜炎.或破入胃腸而自癒.或穿過膈肌將內質咳出.或破入胸膜腔立發致命之胸膜炎.間或破入心包,或破入肝靜脈致內質塞於右心房,此二者均能頃刻致命.

治法 療治包蟲囊腫,莫妙於由腹前壁,或肋處及膈肌,而開其囊令內質流出.若能將囊壁內層除去更佳.蓋此層與囊外層相連甚鬆.一時即可畢事也. 須小心庇護腹膜.與治膿腫同.至肝面顯露時可用套管刺入囊內以減其漲度.再行割開除去其子囊.又用無菌鹽液洗淨其腔.其內層或以手指剜出,或用鈍解剖器取出,或將灌洗器之嘴置內層之下以冲出之均可. 若內層已完全取出.則肝之割口可以縫合.腹壁按平常法縫閉無庸引流.因無菌之血塊充滿肝腔可自行機化而癒合也. 倘有不妥處可用紗塞滿.俟其生肉芽而癒. 若囊壁內層未曾除淨.須於腔內插引流管.每換藥時灌洗之. 切勿將囊之纖維性外層除去.因其與肝組織相貼甚緊.若去之恐有大出血之險.

昔時多用吸器電解二法以醫此患.雖以是醫癒者不乏其人.(約居一半有餘).但或有腹膜炎隨之而起.且或復發.並囊中之液滲入腹膜腔.或因液內之毒被吸收而發風疹塊.甚或有中毒之狀顯出. 至於電解因刺入囊壁常於日後致有漏患.故此二法皆可廢棄而不用.

包蟲囊腫化膿者須照肝膿腫之治法理之.

肝腫瘤 原發性者罕見. 腺瘤.係界限甚清之腫團.多居肝右葉.祇因重量大而顯症狀.若地位方便或可截除. 血管瘤.亦居肝右葉但因其較大或係多數性罕能截除之. 癌有時係原發性或可截除.殊不知已有不能查出之繼發性瘤.若膽囊癌延至肝或可截除.然該癌若已延往膽囊外.大抵已延至他處.故截除之終歸無用. 繼發性者常見.或繼消化管,如胃或結腸等癌而發.或繼卵巢,子宮,乳房等癌而起.亦有繼皮或視網膜黑肉瘤而起者. 以上諸患皆能致肝腫大.其面凹凸不平.因瘤塊凸出也.若係癌類,塊面有時凹陷. 尋常不甚覺痛.惟惡性者因門靜脈及肝管在肝門處被壓,致顯水腹及黃疸之狀.下肢因下腔靜脈被壓亦或顯水腫.

樹膠樣腫 凡遺傳梅毒及自得梅毒均能致肝患此腫.故須精心辨識免誤認為較劇之肝腫瘤. 此腫係單獨性或多數性無定.為黃色之圓團.內無血管.易成乾酪樣變.被許多纖維織所繞.此乾酪樣質若被吸收.該處則結瘢.致肝成畸形. 此腫與繼發性肝癌不易鑒別.則必須詳查其病歷.若仍有所疑宜用乏色曼氏法查之. 夫癌性腫瘤其面甚硬而有陷凹.發長甚速.早現惡病質.且早顯水腫及黃疸之狀.樹膠樣腫則不然.發長甚緩.不累及肝門之各件.有時皮因蠟樣變或樹膠樣病兼顯腫大.用抗梅毒藥一程甚效.且可為鑒別之助.

肝菊形菌病 Actinomycosis. 約由消化管繼起.由闌尾或橫結腸較多.或直接延至肝. 肝則腫大而徧生粘着.若取出剖開視之.則見有如蜂窩或如海絨浸於膿內.繞患處生長纖維織甚多.且間質亦頗似纖維性.膿內含有菌之特形粒. 其病歷與肝膿腫同. 結局不佳.治法與患於他處者同.(見一百三十一面).

膽囊及膽諸管病

AFFECTIONS OF THE GALL-BLADDER AND BILIARY PASSAGES

膽囊 係一梨狀囊.（第四百零八圖 GB）.居於肝下而突於腹膜腔.長約三至四吋（76—100 mm）.按正常可存液一兩（30 cc）.竊思肝所生之膽汁每小時約一兩.由此觀之膽囊存膽汁之功用甚少.無病之人或膽囊中無膽汁.只爲一壓器以節制膽汁流入腸內.或發生粘性之質將膽汁釋稀而已. 因病增大之膽囊能下突向臍如一圓腫團隨呼吸而動.約距腹前壁甚近.向左右甚易移動.亦有長至甚大者.致誤認爲卵巢囊腫. 被腹膜遮蓋而附麗於肝下面.所遮之多少不定.平常直接附麗於肝面約有五分之一.但附麗甚鬆.若得其適宜之層而剖解之則易使之與肝相離.膽囊動脈之至膽囊處距囊底畧遠. 有時膽囊被腹膜全行包裹.祇有一系膜連於肝令其浮動.曾見有二病者因膽囊有此等浮動甚發痠痛.似較長之闌尾作痛然.旣將其割除則見其中並無膽石.病者亦即痊癒.若稱此爲膽痠痛 gall-bladder colic.則便與膽石痠痛有別矣.又見一膽囊扭結者誤診斷爲急性膽囊炎.迨施手術時始見膽囊扭結而壞死.不過患二十四小時.

膽囊管（第四百零八圖 CD）.此管長約二吋（50 mm）或稍短.因腹膜附麗於此處故略成螺形.約能容五號之導尿筒.無病時其中之粘膜成皺襞.故雖探針或亦不能穿過. 肝管（第四百零八圖 HD）.長二吋（50 mm）.爲左右肝管併合所成.此二管係由肝門之兩端發出.相合而成一甚鈍之角.肝管伴肝動脈向下.在十二指腸首段之上緣畧上即與膽囊管相合而成一銳角. 輸膽總管（四百零八圖 CBD）.長約三吋（76 mm）.能容七號導尿筒.有一吋或有餘居十二指腸上緣之上.隨附於十二指腸後面.居於十二指腸內緣與胰頭之間.即斜行穿入腸內.（見四百零八圖 X）.有時其末段成爲乏忒氏壺腹 Vater's ampulla.胰管亦由此穿入.

膽囊破裂 常因打擠踢等傷所致.穿傷鎗彈傷亦有時可致之.且有因大塊膽石嵌入而成潰瘍所致者. 破裂後則血及膽汁流入腹膜腔.夫純膽汁無菌.若膽諸管已略發炎則必有菌. 若膽汁甚多忽流入腹膜腔.不論其有菌與否必繼起急性腹膜炎.腹膜旣吸收膽汁則顯黃疸狀.尿內亦含膽汁. 若漸漸流入.或可成限局性腹膜內膿腫或囊腫.隨有黃疸及灰色大便.

若因穿傷所致.膽汁及血則流至皮面.染性腹膜炎即隨之而起. 若膽石穿破則豫後不佳.蓋病者於劇痛之發作已成習慣.

致人忽畧痛性之改變而鑒定過遲也.

症狀 立顯休克及季助部重痛.後或有急性腹膜炎,或腹膜內之局部腫圑.且兼顯輕黃疸狀.

治法 若疑有穿破之患須用開腹探察術.大抵已診斷爲胃或十二指腸穿破.見滲液之形式始想及膽囊破裂.若破傷較小縫閉則可.但宜用紗條塞傷處數日.縱有漏液亦可引而流出矣.倘破傷較劇則割除膽囊. 若輸膽總管全斷或可將斷端縫合.然較劇而膽囊無恙者須將二斷端縫閉.繼施膽囊腸吻合術.

第四百零八圖

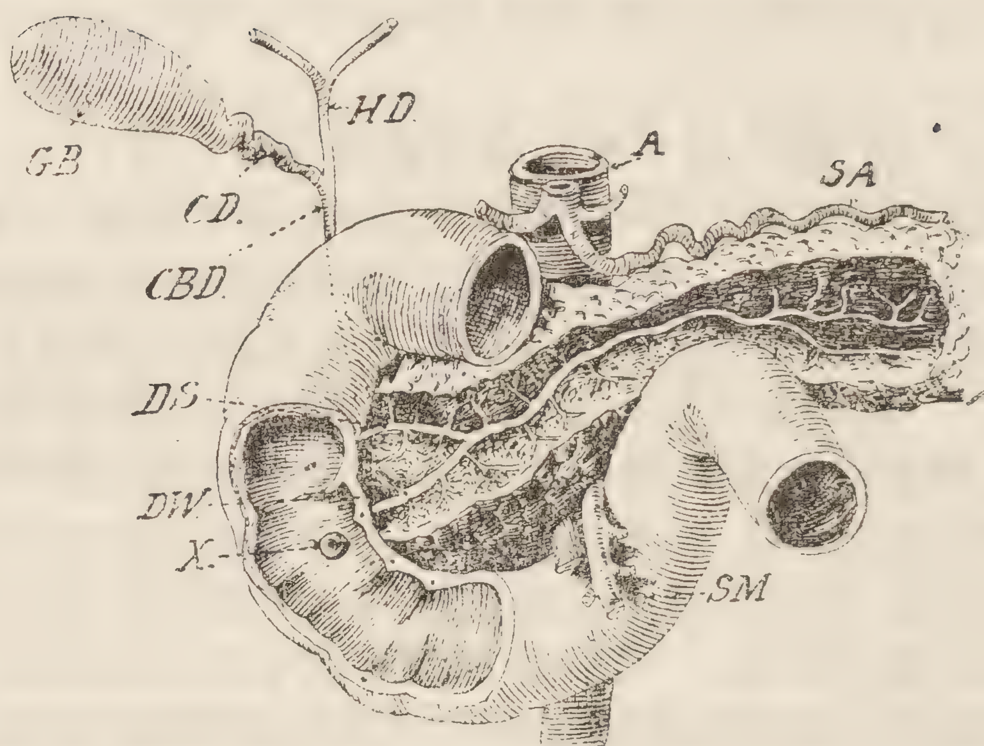


Fig. 408.—DIAGRAM OF THE BILIARY PASSAGES AND THEIR RELATION TO THE DUODENUM (WHICH HAS BEEN LAID OPEN,) AND PANCREAS

GB, Gall-bladder; *CD*; cystic duct; *HD*, hepatic duct; *CBD*. common bile duct; *DS*. duct of Santorini; *DW*, duct of Wirsung; *X*, opening of common bile-duct and duct of Wirsung in the duodenum; *A*, aorta; *SA*. splenic artery; *SM*, superior mesenteric vessels.

此圖表明膽諸管及其與二十指腸並胰腺之連屬(十二指腸已剖開)

GB 膽囊 *CD* 膽囊管 *HD* 肝管 *CBD* 輸膽總管 *DS* 副胰管 *DW* 胰管 *X* 胰管及輸膽總管入十二指腸之口 *A* 腹主動脈 *SA* 脾動脈 *SM* 腸系膜上血管

膽諸管炎 係多見之病.約隨胃十二指腸卡他炎而起.其性與一般他襯有粘膜之管發炎同.或限於膽道並其肝內所分之枝管.(名膽道炎 Cholangitis). 或兼累及膽囊.(名膽囊炎 Cholecystitis). 係由微生物所致.如鏈球菌,葡萄球菌,或大腸桿菌等.最爲多見.有只係良性卡他炎者.亦有發炎後而化膿者.

卡他性膽道炎 Catarrhal cholangitis. 此病關於內科者雖多於外科.然因膽石之病原多與此病有關.故當然於外科中論之. 急性類.多見於幼年.因其所食過度,或食物不宜,而兼受寒冷也.病者甚覺不爽.或有戰慄.且面色畧黃.或直顯黃疸之狀.除液體食品外餘俱禁忌.並服輕瀉劑如鹽類藥.症狀卽可速退.

有時此患係慢性類.多見於消化不良之中年人.因事務忙而餐飯失時且欠精美,並有大便秘結,勞心過度,所致.若兼嗜酒其患更重. 此類人多有肝患.面色畧黃.但不至黃疸之甚.體重漸輕.最易發怒.惟無惡性病之重狀.其肝畧增大.捫之有觸痛.膽囊或可捫出. 此類病者最易生膽石.宜多飲鑛泉水.兼用水療法,並節制其飲食.此等療法若病者聽從指示.卽在家調養亦可見效.

傳染性膽道炎 Infective cholangitis. 此係最重之病.能致傾命.約係輸膽總管內有一石或數石而致.亦有因他故而起者.(如蛔蟲或包蟲囊腫潛入諸管內或惡性瘤或膽囊化膿反延至肝等). 凡膽石欲過管所致之膽疐痛之後狀皆因此炎而致.故身體發熱.並有寒戰及略顯黃疸之狀.(果記生膽之壓力不大則易知此黃疸因何不甚).且肝增大而有觸痛皆爲此炎輕時之特狀. 治法若能除其病原爲妙.否則用膽囊成口術 Cholecystostomy 以便引流膽道. 切勿忘此等患若係日久可致肝病.並可致慢性膵腺炎,或粘着性腹膜炎.此皆可增後日施手術之煩難.故若顯此等之狀對於施手術不可過於延悞也. 重類者其膿則經過肝管而至肝.於肝內則成多數性膿腫.(見九百零一面).引流膽囊.且取出其致病之膽石或畧有望.但豫後甚爲不佳.

膽囊炎 Cholecystostitis. 此多由膽石所致.亦或爲腸熱病之後發患.究之乃傷寒桿菌喜居於膽囊內.患腸熱病後雖經數

年之久而菌或仍居於膽囊.故此類人對於公衆甚有危險.因其爲帶菌者而常散出其活菌也. 有時鏈球菌葡萄球菌亦居於膽囊.兼有大腸桿菌與否不定.

病理解剖.須記膽囊居於腹膜內.故其病理與闌尾患略似.惟因其壁較厚而多有彈力.故致腹膜受害之危險略少.有時膽囊內貯粘液膿甚多.雖膨脹而仍不破裂.嘗有於盆內被割開者.亦有於開赫尼亞囊時而被開者. 有時於膽囊與胃或十二指腸或橫結腸之間生護庇性粘着.多數膽石之症狀有者因此而致.

臨診之狀.視其病係慢性或急性而異. 膽石所致之慢性類.與膽石之狀相似.膽囊增大.略有觸痛.若膽囊管被塞.其囊按其激刺之烈否.則被粘液或粘液膿而膨脹. 急性者右季肋部作痛.觸痛更甚.兼有嘔吐,大便秘結,及發熱之狀.有時大便秘結甚重.此因病處之隣腸蟠被攤所致.在橫結腸尤甚. 腹壁板硬.在右腹直肌尤甚.但其增大之膽囊於腹壁下可以捫出. 嘗見一病者膽囊大如椰瓢.剖出視之則見其色甚紅.內含粘液膿約八兩 (2.40 cc). 毫無粘着之處.惟其中有二膽石.一則嵌入囊壁之腫處似欲穿破. 平常所生之粘着足能免腹膜腔受害.故其膿腫若不割開可穿至腸內,或向皮面而穿破. 甚劇者膽囊壁可潰而腐崩,名壞疽性膽囊炎.致全腹膜腔隨之受染. 輕者或炎勢漸退.其液可由天然之路流空.但其粘着多少或仍存留.致遺後發患.或膽囊自行收縮而萎縮.

治法. 若其病原係膽石.宜取出之.若係膿性炎類宜速將膽囊割除.如割除發炎之闌尾然.有時有若許大網膜所成之新粘着而粘連膽囊.然不難解離而將膽囊完全割除. 若粘着日久而堅厚.必須剖囊去石而用引流法.諸手術詳後.

膽石病 Cholelithiasis. 卽膽囊或膽諸管內有石.大半爲可詸司特林晶(或名膽脂素晶) Cholesterine 與粘液結聚而成.爲

膽色素所染.哥羅芳可溶解之.方離身體而濕潤時其比重較水略大.故投入水內則沉.至乾時則漂浮矣. 石之多少不定.有時祇有一大者.其形橢圓.但數多者常見.有數十或數百者.各有小面.並光澤似黃緞色.若存膽囊內日久常成深棕或黑色.多半含鈣酸鹽少許.故以X光線攝影或可顯明.然若不顯明不可決定無石.

原因 至今尚未盡悉.但確信其膽囊壁或膽諸管必先有慢性卡他炎致血內膽脂素過多.初起約因胃及十二指腸有卡他性炎上延而入膽囊. 其石常生於膽囊或膽諸管之下份.但亦有因患肝病甚久而石生於肝內之管者. 常見於素患消化不良,大便秘結之婦女.或兼患癌.此係該石之原因,或結果. 昔有一病者其病之原因.約係前數年咽一針走入膽囊.故發炎而成石塊.割除時計石六十六塊.而針亦在其中.

在剖屍時於膽囊中常無意中見有膽石.此可見其石雖積存多年亦不爲害也.但於離位而欲出時,或兼有發炎之勢,始顯苦難. 首先之據即膽囊或忽發急性膿炎.若不即時療治可致瀰漫性腹膜炎. 有時膽囊受石之慢性激刺.致其壁先變厚而充血.繼則變白而不透明.漸次硬化,至囊壁收縮而緊包於石不容其移位,終或成癌患.亦有膽囊周圍組織相粘而阻十二指腸或橫結腸之動度者.但多見者乃膽囊內之液足使囊膨脹.致欲將石逼出而顯痛狀. 有時其石復回,或進行脫入腸內,或嵌入膽囊管或輸膽總管而不能再進.此等膽石能潰穿腹內之器官,如胃,十二指腸,結腸等,致其症狀減退.或破入腹膜腔致起腹膜炎.

臨診之狀 按石所居之地位及其情形而有不同.

(一)現兆期.乃其石浮於膽囊內.但無大害. 所顯不爽之狀似指病在胃而非在季肋部.病者自謂腹上部沉重.飯後尤甚.

胃亦氣脹.若作噯氣或作嘔則覺舒暢.此狀有經數年之久者.且兼有大便秘結. 有時不爽之狀變爲急痛.致令身體屈就.深呼吸時尤甚.其時或兼畏寒.但不至發戰.痛勢旣過則出汗. 此等患者面色略黃.在自覺膽多之日更顯.捫其膽囊亦有觸痛.但除有急痛外不敢决定有膽石.惜用X光線於判斷亦無大助.

（二）石浮於囊內而欲逸出.其所顯之狀甚爲明然. 最顯之狀卽痛.其痛分數類：（甲）局部痛.因膽囊被戟刺所致.卽右季肋部痠痛.映射至背後與第十肋相平.或向上映射至右肩.動時則痛加重. （乙）膽囊周圍粘着所致之痛.此因粘着阻碍胃及腸之動度所致.故痛在腹上部多係痠痛類.在飯後更顯.
（丙）最烈之痛乃膽痠痛 Biliary colic. 此因膽囊欲自逼出其石之故.有時痛甚難忍.忽然而起.少時復忽然而止.蓋其石或已前行或復回也.痛甚劇時或致精力虛脫.痛由右季肋部映射至肩胛部及背.此時膽囊或增大而緊張.肝亦略腫.在痠痛時或痛畢則有嘔吐若胃或十二指腸有粘着更易如此. 厥後少有顯黃疸者.倘顯之乃因膽諸管之粘膜發腫阻碍膽汁流出也.若石復回膽囊少有如此者. 若膽囊內有多數動蕩之膽石能令膽囊增大.由外面可以捫出.

（三）石嵌入膽囊管則覺痛.其痛或恒久不止.有陣發增重之勢.膽囊被其中之粘性分泌膨脹而增大.大約不顯黃疸之狀.有時急性炎狀隨之而發.（名急性膿性膽囊炎 Acute suppurative cholecystitis）. 由是或致膽囊潰爛而破.間或起慢性化膿病致膽囊積膿.

（四）有時石停於膽囊管及肝管之交點.則顯最劇之梗阻狀.作痛甚急.黃疸亦甚重.惟膽囊或空虛.肝甚增大.

（五）石居輸膽總管.顯狀甚爲不一.雖最小之石亦可致最烈之狀.而最大之石反或不然. 有時有數石埋於一軟塊膽泥

之中.(此係濃厚之膽鹽類所成).方位亦無定.若只有一石約多居於管之下段.若有數石則散居於管之沿路. 症狀卽陣痛,嘔吐,黃疸.有時黃疸甚重.但不及惡性病所顯者久而不退. 其石畧能動蕩儼若球形活栓.開時可容膽汁流過.惡性病則永久梗阻.故黃疸之狀久不減退. 肝因膽汁被阻亦增大.但膽囊不受累而膨脹.惡性病及久黃疸病大抵不然.乃令膽囊增脹不少.若石居於乏忒氏壺腹.則膵腺之患與黃疸之狀同時而起.但有時該處潰爛致石易入十二指腸內.若向後而穿破.則腹膜後組織卽受累而成膈下膿腫.

治法 起初屬內科.卽精心調理飲食.用易消化而味薄之食品.兼運動身體.並服鹼性鹽瀉劑.多飲純潔之水等.最佳乃於鑛泉醫院療之.但其人果能按例而行.雖在家調養亦可. 對於膽痠痛則敷以熱濕布.兼注射嗎啡.且服薩羅或他類防腸菌藥.更用柳酸鈉稀釋膽汁而加增其流動. 如此治療若見效.其石或軟化而逸出.或仍存於囊內而不爲害.此則尙未確定. 若症狀仍不減輕.切勿仍依此法而徒行躭悞也.蓋上已言膽石不能謂爲無害之物.因其能致最重之炎患,或起惡性病,是以其狀若仍屢發或更增重必用手術治之. 所用之手術按其石所居之方位而異,故人設備多法以治理此病之諸患也.

間有膽石之病歷不甚顯.或開腹時因他故而無意中遇之.則可取出其石而縫閉膽囊.(膽囊切開術 cholecystotomy). 若膽囊壁較厚而無恙可無庸排液.則縫合其腹壁而已.對於大多數無併發病者迄探察時見有數石.若祗取出其石而排液於膽囊.(膽囊成口術 cholecystectomy). 曾證明不能奏效.蓋已有膽石則膽囊粘膜必兼有慢性炎之勢.若祗取出其石而仍留炎患.恐復生石也. 近今外科士皆決定非但祗取出其石兼須截除膽囊.

(膽囊截除術 cholecystectomy). 然手術尚未畢時須詳查輸膽總管及肝管是否別有石.尋常捫之足知.即用左一指探入綱膜孔.則輸膽總管適居指前.若素富有經驗.即於最小之石亦能捫出.

對於急性膽囊炎,而兼有膽石嵌入膽囊管,或居膽囊底者,須依治急性闌尾炎法療之.即完全截除膽囊也.但宜輕手施行.恐致膽囊破裂而染性質流出也.

對於患之甚久,且有多次不甚劇膽痠痛之發作,而顯黃疸者.大抵有甚多(數百)膽石.非但居膽囊內.且居輸膽總管.甚至居較小之肝管而致諸管膨脹.亦或諸管被泥性之沉澱物充滿難於取出也. 如此非引流膽諸管不可.然不能用膽囊為引流器.因膽囊管頸過小也.是以須截除膽囊.將膽囊管之斷端擴張之用之以引流.或縛膽囊管而開輸膽總管以引流(見下).

若膽石嵌入膽囊管與肝管之交點.須截除膽囊.且割斷膽囊管愈近石愈妙.尋常可將石從輸膽總管逆推入膽囊管而取出之.否則須劃開膽囊管遺份將石取出.而用此劃口以引流.

若石居輸膽總管須切開管而取出之.(輸膽總管切開術 choledochotomy). 若石居輸膽總管在十二指腸上方之份.則不難取出.即用左一指插入綱膜孔捫準該管而固定之.則縱行割開腹膜及管壁即可.但須先塞以紗布條以護腹膜.因開管時必有若許膽汁流出也.再捫管往上至肝往下至腸.以决定有無他石.且宜用探針經過輸膽總管至十二指腸以證明管之入十二指腸口是否通暢也. 若祗有一石且按病歷而知石甫從膽囊逸出.則可將輸膽總管之割口立時縫合.但須置引流管達至割處留之數日.以防有漏出之弊. 然強半石數較多.且病歷較久而劇烈.致肝管發炎或膨脹.且含若許膽泥性物.是以必須用引流法.可於兩方面引流: (甲)以一小導尿管插入輸膽總管經

過其乳頭至十二指腸而留之.如此其乳頭被擴張而膽汁可流過.亦可藉此管以敷液體劑.(如鹽液或含葡萄糖之炭酸鈉溶液).且每三四小時用液體食品一餐. (乙)亦須往上插數小導尿管至入膨脹之肝管.如此可得引流,且備石之出路.若有膽泥性質,其導管用卡雷耳氏管式尤妙. 迨二十四至三十六小時,卽腹膜腔已割開之際.則以鹽液間歇灌洗之直至膽汁極清潔.約爲二三星期之久.

若石停於十二指腸降部之後方.或可向上推移而在十二脂腸上方處理之.若有所不能.須割開十二指腸外之腹膜而向內推腸.則可達至輸膽總管而取出其石.

若石嵌入乏特氏壺腹而不能推往上.須切開十二指腸前壁覔出輸膽總管之乳頭.從乳頭往上開一豎口.以敞開壺腹而取出其石. 再將十二指腸與輸膽總管之各壁互相縫合.則成一大通口.以便妥善引流膽諸管.乃爲甚佳之法.

膽道手術 尋常約無特殊之預備法.然若患黃疸日久難免有出血過多之危險.約因血內之鈣酸鹽有缺致凝結力不足也.如此須在手術前三日注射百分十之氯酸鈣溶液五西西於靜脈內.施血輸移法尤妙. 凡因膽石施手術.最佳乃用一硬紗墊墊於背後俾肝向前.以便達至深處.

所作之割口不一.常用者係豎口.長三至四吋 (75—100 mm). 經過右腹直肌.若口不足用.須往上延長至胸骨下角.近有陪忒氏 Perthes 謂割口宜挨近正中線.由胸骨劍突起至近臍之處.再橫過腹直肌向外而至肋下總緣. 但未割腹直肌之先宜在割處之上下用褥縫術將肌纖維縫於肌鞘之淺層.以免割斷後縮入鞘內.再將皮及肌所割之正角形片.剖離鞘之後層及腹膜.隨斜割開鞘之後層及腹膜.如此行之首爲甚便得其膽道.更爲免割斷司腹直肌之神經.除須用引流者外此割口甚佳.

旣開腹膜腔.將肝牽向上外.用布片護庇腸胃大網膜等.而壓向下內.若該處未有粘着則手術之目的不難成就. 然有時已生粘着致手術甚爲煩難.割粘着時宜謹愼以免過後出血. 若膽囊甚膨脹.有時必先刺放其內物始能鑒定確係何病,宜如何治療. 最當小心勿使腹膜腔被膽汁,粘液,膿,或石等所汚.約因其幾均有染性也.

膽囊切開術 Cholecystotomy 先用套管刺入.隨用開大其口.以鑷或匙將石取出.或以指由外擠出.隨縫合其口.但勿將粘膜一併縫入.縫一或二行乃視膽囊壁之健否.或用大網膜一塊移植於其上以增其堅固亦可.

膽囊成口術 又名 膽囊造瘻術 Cholecystostomy. 即將中號無旁孔之引流管用羊腸線縫於膽囊.(此線約能經一星期). 隨將膽囊固定於腹膜壁層.再將所餘之口縫合.有時於膽囊與腹膜腔之間可隔以紗布.以免膽汁漏入腹膜腔.引流管之外端置於瓶內.其瓶帶於病者之身旁以貯流出之膽汁. 管既鬆即可取出.其瘻口用紗布輕塞之.此時病者必略覺不適.因膽汁常污其敷料不能不屢換也. 迨傷口生肉芽織時膽汁難向外流.則循天然本路而行.至二三星期膽汁毫不外流.可容割口自閉矣.倘膽汁仍向外流必另施手術治之. 若囊內見有膽汁則知輸膽總管已通.即可使圍膽囊口之粘着相離而縫合之.但囊內不見膽汁.此表明膽諸管有狹窄或梗阻不通之處.設不能使通必用膽囊腸吻合術治之.

膽囊截除術 Cholecystectomy. 前已論膽石病.多半以此術治之最爲適宜.平常施此術不難.因此而死者亦甚少. 即將漿膜由膽囊之兩旁及底於距由肝返折約一糎(1 cm)處割開.則不難於膽囊與肝被膜間尋一分離之路.俾膽囊與肝易於相離.於是用線縛膽囊之血管.再縛其囊管而割斷之. 截除膽囊後若能將腹膜蓋其原位則佳.然尋常須於該處塞紗布數日.因多有血滲出也.有時可顛倒施行.即先分離而割斷膽囊管.且將膽囊血管縛妥.而後解離膽囊.則較易.所出之血亦少.

所宜預防之危險.即將輸膽總管與膽囊一併牽出.每致無意中割除輸膽總管一段.蓋膽囊管或極短.或有粘着物從膽囊至腹膜經過輸膽總管之前.是以於未割斷膽囊管之先宜極愼重以查明究係何管也. 輸膽總管受傷係甚危險之事.須立時將其二斷端縫合.切勿延遲.蓋日後因此施手術頗難,且結果不佳也.

膽囊腸吻合術 Cholecystenterostomy. 係於膽囊與腸之間作一通路也.因輸膽總管完全狹窄致久顯黃疸者宜用此術.因惡性腫瘤生於胰頭,或腸,或輸膽總管,而壓管口致顯黃疸者,亦宜用此術.但僅能得暫時之益而已. 須按上所論之法將膽囊及十二指腸露明而使之相挨.隨按腸旁吻合術僅用線縫合使成通路.

膽囊及膽道腫瘤 約係惡性.即柱狀細胞癌類.少見爲良性者. 癌不少見.每兼有膽石.(有人謂兼膽石者約居百分之九十或九十五).致人疑其係受石之激刺而起.患此病者女較男多二倍. 膽囊癌約由膽囊底而起向上蔓延.其症狀.即該

處顯硬而不痛之腫團.體重減輕.後則顯黃疸及水腹之狀. 原發性輸膽總管癌較罕見.或起於輸膽總管乳頭,或乳頭較上之處.其初狀爲黃疸,不痛.且有時膽囊緊張.黃疸久而漸重.隨因癌壓幽門及十二指腸則顯胃症狀.其狀按癌延及何處而畧有不同. 此二類癌.可循肝鐮狀靭帶之淋巴管延至臍處.在該處卽生繼發性小結.此可爲鑒別之一助也.

治法 大約無益.因病既查明時則已遲也.間或能將膽囊及鄰近肝之一塊割除.然罕收效.對於輸膽總管癌雖或能割除.然多半復發.若用膽囊腸吻合術或能將甚重之黃疸減輕.使病者略覺精爽.

胰腺病 AFFECTIONS OF THE PANCREAS

胰腺係生消化液之腺性器官.此液由胰管而輸入腸.（第四百零八圖D W).胰管乃經胰腺之全體與輸膽總管同入乏忒氏壺腹.且於略高一吋處有一副胰管亦通入腸. 胰腺近年始經外科醫士研究.位置最深.且連屬最繁.故昔不甚注意.邇來外科醫士窮究其病而發明手術. 可以割至胰腺者有二法：（一)經過腹膜腔法.卽在臍上腹正中線開腹.又在胃上割分小網膜,或於胃大彎下割分大網膜,或割分橫結腸系膜,皆可至胰腺.（二)腹膜後之法.卽在腰部末肋之下作割口.此法祇能顯出胰頭或胰尾.

對於胰腺之損害及手術有二大險：（一)此腺之血供給甚富.故極難止血.縛胰腺每致組織壞死.且由死組織發生酶而害及鄰組織.致有過後出血之患.惟賴深縫線及止血墊二者以止血.（二)胰液遺漏亦爲一大害.所至之處則脂肪織壞死.故於急性胰腺病.見大網膜及系膜有甚多死脂肪織塊佈滿其間.且其害累及腹膜致發無菌性炎,及腸癱瘓,均可致命.倘有菌必起染性腹膜炎.

胰腺創傷 多由腹上部受直接暴力.任傷穿否皆足致此患.有時他器官如胃或十二指腸等亦同受傷.故外科士遇有鄰近胰腺處之傷損須檢查胰腺.若有破傷須用線深縫及止血墊治之.蓋止血墊不但止血,且可引出所漏之胰液. 嘗有報告胰腺因腹破傷完全離位而由腹壁口脫垂者.無論挫傷如何之重不可全行割除.因日後必致糖尿病也.故須整理潔淨復回原位.

急性胰腺炎 Acute Pancreatitis. 此係重患.常能致命.每誤認爲急性腸梗阻病.直至手術時或剖屍時始確悉. 若因損傷則有間質性出血.漸次增重.嗜酒者有時患此等出血.此名胰腺中風.此類患雖未染菌皆可起急性炎.亦足致命. 更多有由染菌而起者.菌由腸而至胰腺.約因膽石嵌入乏忒氏壺腹令膽汁反流而致. 有時因有胰腺石亦可作急性炎之誘因.其石約係長形之小塊.大半爲炭酸鈣所成. 胰腺腫大.且厚而充血.化膿之病竈佈散其中.在胰腺內外有壞死點.乃胰液之化功所致.有時全胰腺或其大段脫腐.其前面有發炎之滲液.約係膿性.抑爲血性.有時限於小網膜囊內.與膈下膿腫相似.亦有累及全腹膜腔者.

症狀 甚爲不同.大約初起腹上部劇痛極爲慘苦.惡心.嘔吐.大便秘結.腹脹甚重.甚至精力衰竭.或立時致命. 其痛乃因胰腺腫而壓及腹腔神經叢也.腹脹先起於腹上部,或只限於此部.未幾則顯急性瀰漫性腹膜炎之狀.有時至數日則患略平靜.但致命者居多.

診斷 常誤認爲急性腸梗阻,或急性瀰漫性腹膜炎.俟剖腹後始見確實.

治法 宜用開腹術以備滲液之出路.倘顯瀰漫性腹膜炎狀宜剖開腹膜腔之上下而灌洗之.並露明患處.割除胰腺之壞死組織.隨設引流. 若有局部膿腫.須格外小心以防染及全腹膜腔. 此等患用背後引流法最宜.

慢性膿腺炎 Chronic Pancreatitis. 此不可.謂非常見之病.多同膽石及膽道炎而發.或繼胃十二指腸卡他或潰瘍而起.腺體較硬於常,且或縮小而硬化.腹上部或顯有腫團.易誤認爲胰腺癌.或顯消化不良之症狀.常見腹上部作痛.在臍微上或有

觸痛點.若係慢性類或兼有糖尿病.若大便瀉而甚臭且含有未化之脂肪.身體並速見消瘦.亦爲可疑之狀. 手術療法或有裨益.因有時見有胰腺石或膽石梗阻胰管.縱無梗阻,曾有用膽囊成口術以引流膽道而獲益者.

胰腺囊腫 Cysts of the Pancreas. 自一千八百八十七年至今經驗不少.對於特狀已屬習見. 若祇有胰管完全梗阻不足以成此病.必胰管內上皮兼有病患致阻積存之液復被吸收始足成之也. 輕損傷常爲起此病之原因.亦有於發炎後繼生此囊腫者. 囊內之液濁黃雜血.無臭.比重略高.係中立或鹼性.且含蛋白.但無尿素及膽汁.具有胰化蛋白,乳融脂肪,澱粉變糖等

第四百一十圖　第四百十一圖　第四百十二圖

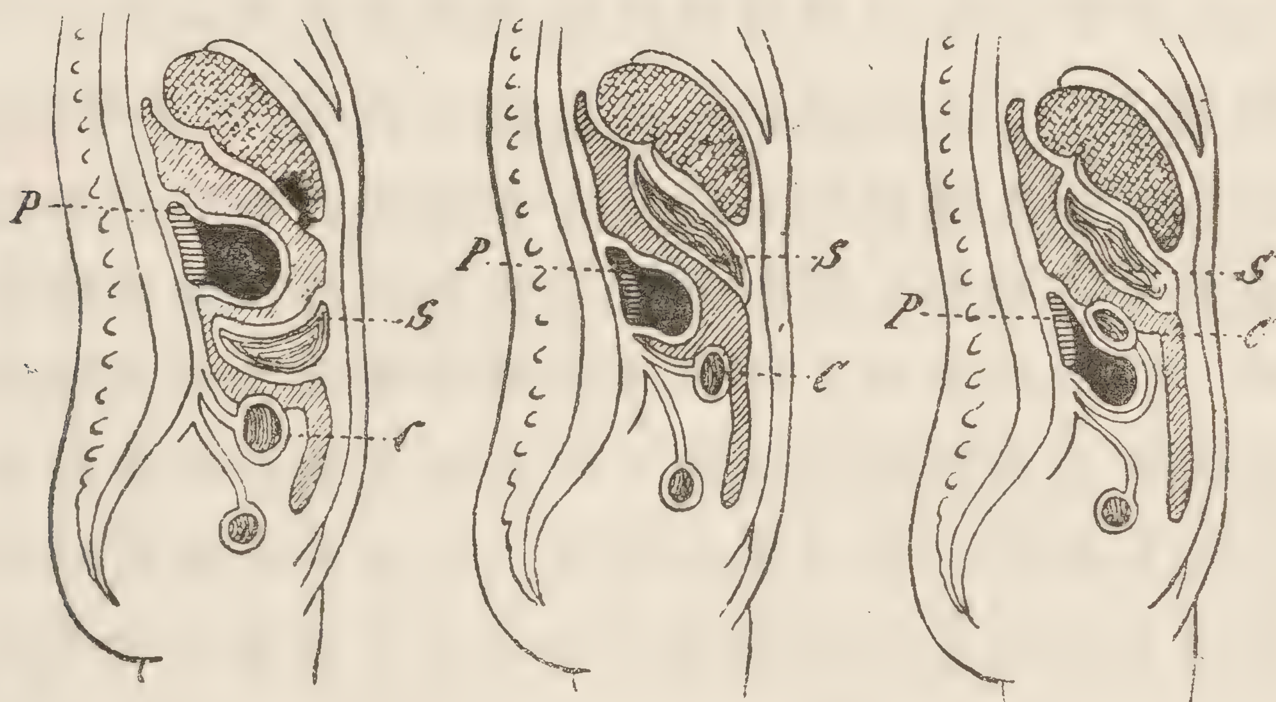


Fig. 410　Fig. 411　Fig. 412

Fig. 410-412.—DIAGRAMS TO REPRESENT THE VARYING RELATIONS OF PANCREATIC CYSTS

In Fig. 410 the cyst (*P*) projects forwards between the stomach (*S*) and liver into the lesser peritoneal sac, presenting through the lesser omentum. In Fig. 411 the cyst is located below the stomach, projecting forwards between the stomach and the transverse colon (*C*). In Fig. 412 the cyst lies lower, between the transverse colon above and the small intestine with its mesentery below.

此三圖乃表明胰腺囊腫各種連屬

四一十圖　囊腫(P)凸入小網膜囊於肝胃(S)之間.

四一一圖　囊腫居於胃下.凸於胃與橫結腸(C)之間.

四一二圖　囊腫位畧下.上有橫結腸.下有小腸及其糸膜.

能力. 捫之則知其囊為一球形緊張之腫團.按之有波動或彈力性.深列腹中.不活動.可傳腹主動脈之搏動. 囊與胃及橫結腸之關係各有不同.初列於胃後.長大則向前凸.繼則於橫結腸之上及胃之下漸至腹壁.(第四百十一圖).亦有凸於胃上,(第四百十圖),或橫結腸下者.(第四百十二圖).但少見之. 胰腺囊腫約生於中年.且多係男人. 有時頗形消瘦.因所食之脂肪類物未被消化而均由大便排出.皮色如土.羸弱顯然.

治法 在胃與橫結腸之間剖露其囊,既至囊處,則用套管放液並設法引流.用一大引流管由前或由後於脊柱側插入.因流出之質具有消化力故四週之皮常受戟刺. 豫後雖佳而痊癒或緩.或遺恒瘻. 曾有一百零一人患此病,而受手術死者僅五人.其中因手術而死者四.因瘻被染而死者一.

胰腺癌 或為原發性球狀細胞類(約係硬性癌).或繼胃或幽門之同類癌而起. 此患之初期未必覺痛.只於腹上部與右季肋部之間有一橢圓形塊.迨舒長時則覺痛.身體速瘦.厭食無神. 隨則顯黃疸之狀.漸次增重.膽囊擴張.因門靜脈被壓而顯水腹.因下腔靜脈受累則下肢或亦水腫.且因癌壓幽門使之狹窄致胃膨脹. 曾有患此病者一二人將癌割除已收功效.但於開腹前並未診斷明確也. 肉腫瘤與他等腫瘤生於胰腺者少見.

脾病 AFFECTIONS OF THE SPLEEN

脾破裂 多因損傷所致.令顯甚重之休克.左季肋部作痛,兼有甚重之腹內出血.速至傾命. 輕者血屯積於左腰部.向盆而流.右腰部因系膜阻隔則無血流入. 宜即施開腹術.倘傷甚巨應以線縛定脾血管而截除全脾.此等療法甚屬妥善. 曾有以線縫脾,或將紗條塞入數日再行更換,以止血者.

脾膿腫　多因膿毒血病而致.或隨損傷而起.若鄰近之腸蹻兼受傷損則更易成膿腫.　症狀卽在左季肋部深處顯化膿諸狀.其膿腫或向外穿頭,或向內穿入腹膜腔.　若小心割開而引流.與治腹膜內他種積質相似.常可獲效.惟因膿毒血病而起者多在脾膿腫未斷定之先而死.

浮動脾 Floating Spleen.　有先天性者.亦有因束腰之損傷或生腫瘤而致者.　腹內顯有移動之塊.形體似脾.前緣有切迹.食後增大.有時離位甚遠列於右髂凹或盆內.生有窄長之蒂.故或扭轉或被勒.若離位則令人欠爽而痛.昔時祇用脾截除術療之.今則用脾縫定術已獲痊者數人.　脾縫定術.卽在腹膜之外左浮肋下鬆結締織內爲脾製作一窩.再將腹膜壁層作一小孔使脾穿過.繼以線縫其包膜於膈肌下面.

脾增大　此病不少見.原因甚多.所顯之特狀.卽由左季肋部有一增大之塊凸向臍.可於其前而捫得其切迹.因此塊依腹前壁甚近故其前方無何腸蟠.但於腰部叩有空響.呼吸時此塊隨之而動.有時於飯後增大.

最常見之原因列下:（一）數類全身病.如瘧,先天梅毒,佝僂病（小兒骨軟症),蠟樣變病,何杰金氏病,及全身性結核病等.（二）靜脈充血.因心肺或肝將血反壓所致.如慢性心瓣病,慢性肺病,及肝硬化病等.（三）亦有因數種血病所致者.如脾骨髓性白血增多病 splenomedullary leukemia,（血球計算見三十六面）,脾性貧血病［卽脾增大而兼一種萎黃病（綠色血虧）隨則肝卽硬化而白血球不增多者諸狀卽合成所謂半替氏病 Banti's disease],赤血珠增多病 polycythemia（卽赤血球之數甚增血紅素亦增而脾增大者）等.（四）亦有脾過長而血無特別之改變者.（五）腫瘤或囊腫亦可致脾增大.其腫瘤約係繼發性且屬惡性類.若係囊腫.或爲包蟲囊腫或爲良性漿液囊腫.

以上各病之鑒別在此不能悉述.最要須詳細查血,及查其他器官是否有病.

治法 按其病原而異.倘用藥無效.則宜酌其可否施脾截除術 Splenectomy. 嘗有數種脾患用此手術治之.故吾儕對於此手術之價值並應用已多明瞭. 脾受損傷者以此手術治之實合宜而無險. 脾大病及瘧性脾大病.倘用藥無效而欠爽者可用此手術. 若囊腫用引流法而無效,或早悉脾有原發性腫瘤,亦可用此手術. 對於白血球增多病.切記除先用血輸移法以健康病者而後截除脾,或有暫時之裨益外,皆不可用此手術. 脾性貧血病曾有數人用此手術而見效.則見赤血球增多.血紅素亦然.而白血球則無所改變.此可證明脾有滅赤血球之能也.既將脾截除則赤血球即復原.

割除脾法,乃作一合宜之長割口.或循正中線,或經腹直肌,或循半月線. 既將腹膜割開.宜細心檢查有無粘着.若粘着甚多恐分開之易有致命之出血. 若無粘着宜小心將脾由腹中牽出.分開胃脾韌帶之淺層而露出其血管.小心將動脈在入脾門之處縛其分枝.不可遠離此處而縛動脈幹. 隨將脾腎及脾膈二韌帶割斷取出其脾. 嘗有用此手術後而胃有出血之患者.約因未嘗小心於近脾門處縛血管也.若於遠脾門處縛脾靜脈.則胃賁門處之靜脈(胃短靜脈)被阻.必致胃壁充血,甚或出血.

第三十六章

赫　尼　亞

HERNIA

赫尼亞者乃指某器官出其所居腔壁之孔也.不但在腹膜腔,即腦肺等亦可患之.此章只論屬腹者名腹赫尼亞 Abdominal hernia.

赫尼亞之位置.最常見者即在腹壁被物件經過而變弱之處,如精索或子宮圓靱帶經過處(名腹股溝赫尼亞 inguinal hernia.), 及在股管口循股血管經過腹股溝靱帶下處(名股赫尼亞 femoral hernia.), 且在臍處(名臍赫尼亞 umbilical hernia).

然有時腹赫尼亞突出閉孔,坐骨大切跡,膈肌等處.

原因 不一.約分先天後天二大類:

先天性者.非誘因乃素因也,約係腹壁或內容有畸形,或發育不全而致.試將最要者列下:(甲)腹膜鞘狀突不閉.此突在男則先睾丸降入陰囊.在女則先子宮圓靱帶降至腹股溝.因此而成之赫尼亞.即所謂先天腹股溝赫尼亞.此赫尼亞未必顯於小兒初生時.或至童年始顯. 凡腹股溝斜赫尼亞.約因鞘狀突未全閉合而其上端留一小囊所致.在二十五歲以下之婦女所患之腹股溝赫尼亞多係此類. (乙)睾丸晚降無論降至陰囊與否,常兼有先天腹股溝赫尼亞,或腹壁間赫尼亞. (丙)腹肌先天虛弱,或腹股溝環過鬆,每爲赫尼亞之素因.常見有一家數人患之者. (丁)腸系膜或網膜過長而兼有他故亦係誘因.然若無他故不足致之. (戊)先天陰莖包皮口狹窄常用力小便,

則為致赫尼亞之誘因.（己）有時腹白線或半月線有先天孔.此孔常適居腱劃處.故於此處可起腹赫尼亞.（庚）有時初生小兒其臍發育不全而未封閉,容腸凸入臍帶底,致成先天臍赫尼亞.（辛）有時膈肌有缺,致腸或胃入胸膜腔而成腹內赫尼亞.

後天性者.如有何故致腹壁弛緩,或腹內壓力過大,皆可致赫尼亞.試述於下：（一）腹因手術後所成之瘢痕不健.（二）直接傷.此類約不居平常起赫尼亞之處.若在早期傷區約顯觸痛,腫大,瘀斑等傷狀.將來因此成赫尼亞與否則不敢必.除該區原有囊外,平常少有因之而成全赫尼亞者.倘有囊則易立時成絞窄性赫尼亞.不然當時所成者則為不全赫尼亞之類.對於患赫尼亞者若有何養身金之問題.醫士必須斟酌準確始可言明致患之故.（三）致赫尼亞最常見之故.係常用力過度,如提携重物等.若久患劇烈氣管炎,或前列腺增大,或尿道狹窄而小便費力等,亦為致赫尼亞之誘因.慢性大便秘結亦可致赫尼亞.若所用之便桶甚高,腹股溝不得腿之護力,更易致此.故腹股溝處鬆垂者用極低之便桶乃佳.（四）腹壁弛緩亦為致赫尼亞之誘因.若兼有努力之事更易致此.如屢孕之婦腹壁常被展張不容復原.至生產時則易於股部或腹白線處起赫尼亞.亦有老年人腹壁弛緩,腹下部突垂,可助成腹股溝直赫尼亞.若其人甚嗽,或前列腺增大,更易致此.在老年人或虛弱者更有一致赫尼亞之故.即腹後壁至系膜底之平滑肌鬆弱,致腸系膜墜下,則腸聚於腹下部而突於盆口邊也.（五）肥胖者亦為致赫尼亞之素因.蓋腸系膜,網膜,及腹膜下之脂肪織甚多.致腹內之壓力增大也.

構造　赫尼亞者乃一囊及其所貯之物也.其囊係腹膜所成.有時因被腹壁組織遮蓋則增厚.其內物係脫出之內器官

赫尼亞囊.係包後天性赫尼亞之腹膜所成.初爲小漏斗形而薄.久之囊則變大.半因其壁伸張半因連續之腹膜被牽下所致。有時因伸張不勻致多處成凹凸不平之狀.有時成窄腰葫蘆形.為便於講論起見則將囊分頸底兩項.其頸先或寬大.後則漸窄而壁增厚.其底大小形式不等.構造亦或大有改變.

發炎乃因損傷或壓力致起限局性腹膜炎.若係慢性類.則囊增厚而不透光.且有張大之血管分佈於其面.久不復回之赫尼亞更如此.若係急性或亞急性炎類.則囊壁與內物粘着.倘無內物則兩壁自相粘貼.有時因頸相粘,或被網膜梗阻,則赫尼亞自痊.或粘着之大網膜將囊分為上下二段.下段內或有液屯積.名赫尼亞囊積液.

赫尼亞囊遮蓋物.恒久赫尼亞之遮蓋物常硬化而相粘難辨其層數.其頸尤然.致助成絞窄性赫尼亞.赫尼亞脫出之孔漸變其形.增大而圓.且可移位.若腹股溝本斜後則變直.致腹股溝腹環恰居皮下環之後.

內容

腹內所有之諸器官,除胰腺外皆可脫至赫尼亞囊內.大約小腸及網膜為常見.

腸赫尼亞 Enterocele 係有腸一段貯入赫尼亞囊.起初尙可復回.終則腸與赫尼亞壁或他物相粘則不能復回矣.有時因囊發炎而赫尼亞內之腸受累.倘不能復回則腸內之物或嵌入而梗阻,且其血管被擠小,遂成絞窄性赫尼亞.其情狀後詳論之.

小腸入赫尼亞囊較多於大腸.所入之多少數寸至數尺不等.

網膜赫尼亞.Epiplocele 有時囊內之網膜仍能復回,其組織無改變.若多而不能復回,則加厚而相粘致成一實體瘤.有時因網膜多積脂肪.雖無粘着之患而赫尼亞亦不能復回.有網膜面互相粘着屯積漿液而成囊腫者.有時網膜有孔而腸由孔經

過致被絞窄. 腸及網膜同入赫尼亞囊者,則名腸網膜赫尼亞 Entero-epiplocele.

有時盲腸進入赫尼亞囊.此多因囊甚大之故.或係小兒先天赫尼亞.亦有能入左側赫尼亞囊者. 因盲腸完全被腹膜所包並有系膜,故浮動而易入赫尼亞囊如腸之他浮動段然.然曾有盲腸不全被腹膜所包而仍入赫尼亞囊者,名盲腸赫尼亞.

闌尾有時亦能脫入右側赫尼亞囊內.約被組織粘貼而不能復回.如此之赫尼亞較常尤痛.捫之或覺闌尾在赫尼亞囊中較常畧大.且有觸痛.壓之則臍處亦覺痛.病者有時謂其赫尼亞發炎已非一次也.

膀胱有時與赫尼亞囊有關.約皆在腹股溝類.其關係有二: (一)若赫尼亞甚大.膀胱底可被腹膜扯下致僅一部分受腹膜之覆蔽.且非列在赫尼亞囊內乃貼於其外.則尿積於膀胱之移位處.致膀胱被激刺而急.且或有燐酸鹽沈下而結石.曾有將此石由陰囊割口而取出者. (二)有時膀胱壁外層成球狀囊與腹膜粘着.遂被扯而入腹股溝管.若有小赫尼亞而膀胱甚急者可疑爲此患. 球狀囊壁乃膀胱加厚之粘膜及其下組織所成.其中無肌纖維.若施手術治之難免誤將膀胱割開.若遇此意外事須立將球狀囊割除而縫合其孔.縫時且勿令線穿過膀胱粘膜層.倘施手術時誤割開膀胱而莫知.隨必有尿滲出或流入腹膜腔.若不立行施治難免致命.宜復割開其口尋其穿膀胱壁之孔而縫合之.並用引流法.

卵巢或輸卵管.間亦能入腹股溝赫尼亞囊而不復回.以手壓之則覺痛而惡心.小兒患此較多於成人.

症狀 最顯明之狀乃於正常未凸之處顯圓或梨形腫塊.起立或咳嗽或出力時則加大.以手捫之亦令人咳嗽,並覺觸跳.若赫尼亞內有腸.則形圓而緊張.叩之或有空響.壓之則腸復

入腹內而有咕嚕響.腸赫尼亞每能致消化不良及痠痛. 網膜赫尼亞則軟如棉.咳嗽時觸跳不大或無.叩之有實響.回入腹時則無咕嚕響.復下時乃網膜漸次過腹股溝管至赫尼亞囊令囊脹滿.

治法 或以疝氣帶治之,或以手術治之,各視其類.故特將各類詳論於下.

赫尼亞之特類 SPECIAL FORMS OF HERNIA

腹股溝赫尼亞 Inguinal Hernia. 赫尼亞入腹股溝管者名腹股溝赫尼亞.未出皮下環者名腹股溝膨脹或名腹股溝不全赫尼亞 Bubonocele or incomplete inguinal hernia. 出皮下環而入陰囊者名陰囊赫尼亞或名腹股溝全赫尼亞 Scrotal or complete hernia. 腹壁下動脈常列於赫尼亞頸內側或外側.精索或展佈於赫尼亞囊或距赫尼亞囊甚近. 初期由赫尼亞頸外側能捫出恥骨結節.迨赫尼亞愈大則恥骨結節被遮.非推赫尼亞向上內不能捫出. 腹股溝赫尼亞分為直斜二大類.論之於下:

腹股溝斜赫尼亞 Oblique Inguinal Hernia. (第四百十三圖). 此赫尼亞經過腹股溝管全路.即入腹環而出皮下環.故腹壁下動脈列於赫尼亞頸內側. 過腹股溝管時將腹壁數層墜下而成其遮蓋物.故剖露其囊時必先經過皮與皮下組織.復經過下數件: (甲) 柱間筋膜.即腹外斜肌遮腹股溝之橫纖維. (乙) 提睪肌及提睪筋膜.即腹內斜肌延長之部分. (丙) 漏斗形筋膜.起自腹橫筋膜. (丁) 終經腹膜下結締織.其組織密圍於囊.厚薄不一. 在施手術時除辨識提睪肌外他層難以認明.

腹股溝斜赫尼亞又有先天性,後天性,嬰兒樣之別.

(一) 後天性腹股溝赫尼亞 Acquired inguinal hernia. (第四百十四圖). 其囊完全為腹內凸出之腹膜所成.漸大則循精索

第四百十三圖



Fig. 413.—Oblique Inguinal Hernia.
腹股溝斜赫尼亞

而墜入陰囊.平常不過至副睪頭.若加大則睪丸被掩而列於其後方.精索各件分布於囊上. 若日久則腹環被扯向下內每居皮下環之後.是以未經剖開難辨其爲直爲斜也.此類赫尼亞初起卽係梨形.可證明赫尼亞囊爲腹膜鞘狀突上段未閉而成者也.

(二) 先天性腹股溝赫尼亞 Congenital inguinal hernia. (第四百十五圖). 因腹膜鞘狀突未閉而成. 此類赫尼亞未必顯於幼年.或延至春機發動期或因作苦工而始發. 因右睪丸降至陰囊較左爲遲.故右側受累較多於左側.此類每立成全赫尼亞,亦有立成急性絞窄之患者.

若腹膜鞘狀突與睪丸本鞘膜相通而不閉.則腸緊貼睪丸而遮蓋之.名先天性鞘膜赫尼亞 Congenital vaginal hernia. (見四百十五圖 A). 亦有腹膜鞘狀突不與睪丸本鞘膜相通而祇通至副睪頭者.如此而成之赫尼亞與後天性者酷似.其異點惟立成全赫尼亞.名先天性鞘狀突赫尼亞 Congenital funicular hernia. (第四百十五圖 B).

凡先天性赫尼亞精索之各件貼於赫尼亞囊較密於後天性赫尼亞.有此患之小兒,其陰莖包皮口多兼有窄狹之弊.

(三) 嬰兒樣赫尼亞又名包繞赫尼亞 Infantile or encysted hernia. 其腹膜鞘狀突之上端雖不通於腹內,而其下端未閉則與睪丸本鞘膜相通.是以本鞘膜腔上延直至腹股溝管. 此赫

第四百十四圖

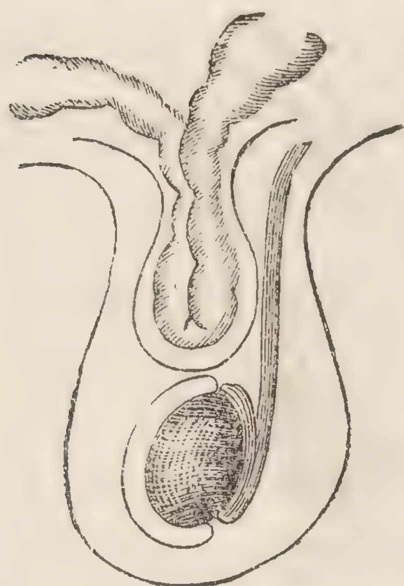
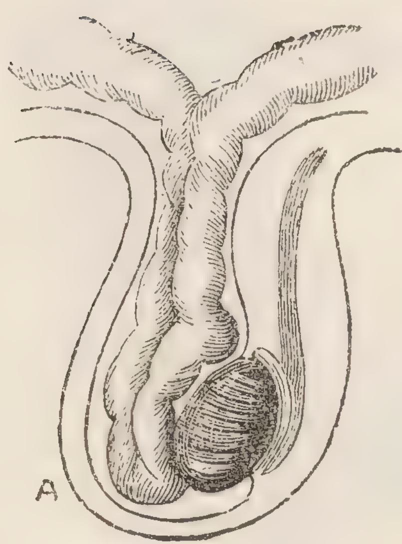


Fig. 414.—Acquired inguinal hernia, showing serous sac with intestine coming down to the top of the testis

後天性腹股溝赫尼亞之形可見赫尼亞含腸之囊壁至睾丸之上

第四百十五圖



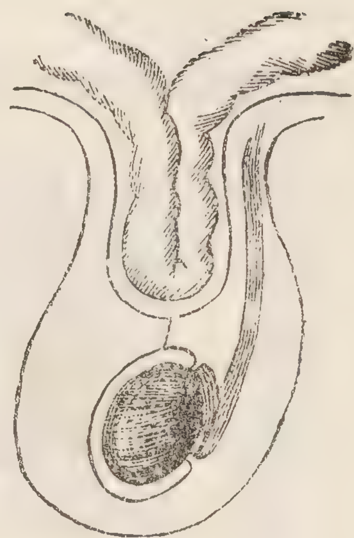


Fig. 415 —CONGENITAL INGUINAL HERNIA
A. Vaginal B. Funicular

先天性腹股溝赫尼亞

A 鞘膜赫尼亞 B 鞘狀突赫尼亞

尼亞有一固有囊降於睾丸本鞘膜之後,或推入該膜之上.(第四百十六圖ＡＢＣ). 除施手術外難以斷定.施手術時大抵將本鞘膜割開.則見此膜上延而不與腹膜腔相通.將該膜割除或推往一側則見赫尼亞之眞囊居於其後.

腹股溝直赫尼亞 Direct Inguinal Hernia. 此赫尼亞不循腹股溝管之全路.乃祇過其皮下環而出.往往係後天赫尼亞.但較斜赫尼亞尤小.且不至陰囊. 其頸列於腹壁下動脈之內側.且該脈成拱於其上. 如是赫尼亞則由腹半月線之下端而出.卽經內爲腹直肌外緣,外爲腹壁下動脈,下爲腹股溝靭帶,所成之三角處.閉塞之臍動脈過三角處之中分該處爲兩部.若赫尼亞墜於臍動脈內側則爲內直赫尼亞.墜於其外側則爲外直赫尼亞.(第四百十七圖 2 3). 精索約居於直赫尼亞之外側.而不似斜赫尼亞被精索之各件散布於其面. 幼年人患直赫尼亞者少見其囊約被若許腹膜下脂肪織所包.且直赫尼亞之遮蓋物與斜赫尼亞約同.惟提睾肌較少.

第四百十六圖

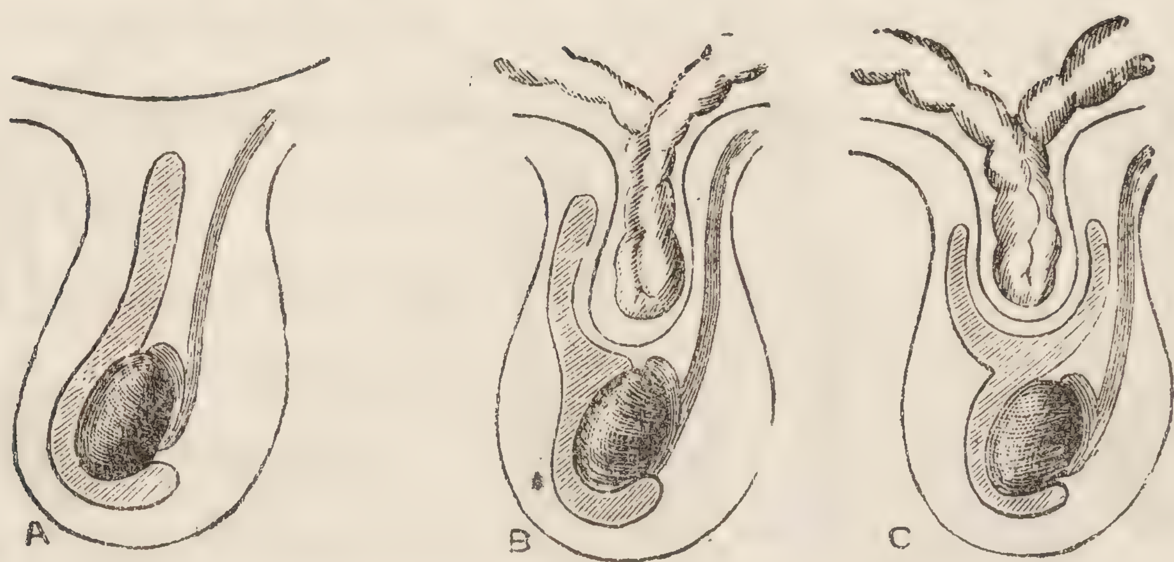


Fig. 416.—Infantile Inguinal Hernia
嬰兒樣赫尼亞

A. 未成赫尼亞時本鞘膜上延至腹股溝管之式
B. 赫尼亞囊墜下在鞘膜後
C. 赫尼亞囊推入鞘膜上

腹壁間赫尼亞 Interstitial Hernia. 此係腹股溝赫尼亞.惟其與腹壁之連屬異常.其類有三:(甲)赫尼亞囊居腹橫筋膜與腹膜之間.兼有居常位之赫尼亞否無定.常脫於膀胱與恥骨聯合之間.或向外脫至髂凹處.因外面不顯凸狀,故未經剖開則不能斷定.有時用手還納赫尼亞 taxis. 因祗推腸由囊淺處至囊深處故絞窄狀仍存.(乙)赫尼亞囊異常之憩室居腹內外斜肌之間.則近腹股溝管處有一腫圍漸延往上外而與腹股溝靱帶並行.有腹外斜肌腱膜蓋之.此類赫尼亞兼有睪丸晚降之弊.並因皮下環閉合而其睪丸及赫尼亞必行於腹外斜肌腱膜之下.亦有者因皮下環被粘着所隔,或被網膜梗阻,致其囊成窄腰葫盧形,而內容不能下降,脹於梗阻處之上,則入腹肌之間.(丙)此類赫尼亞按常例乃出腹股溝皮下環.厥後乃循腹股溝靱帶向外行.儼若股赫尼亞.患之者約有睪丸晚降及陰囊過小之弊.故赫尼亞被筋膜導至股處.此赫尼亞係先天類不難診斷.

第四百十七圖

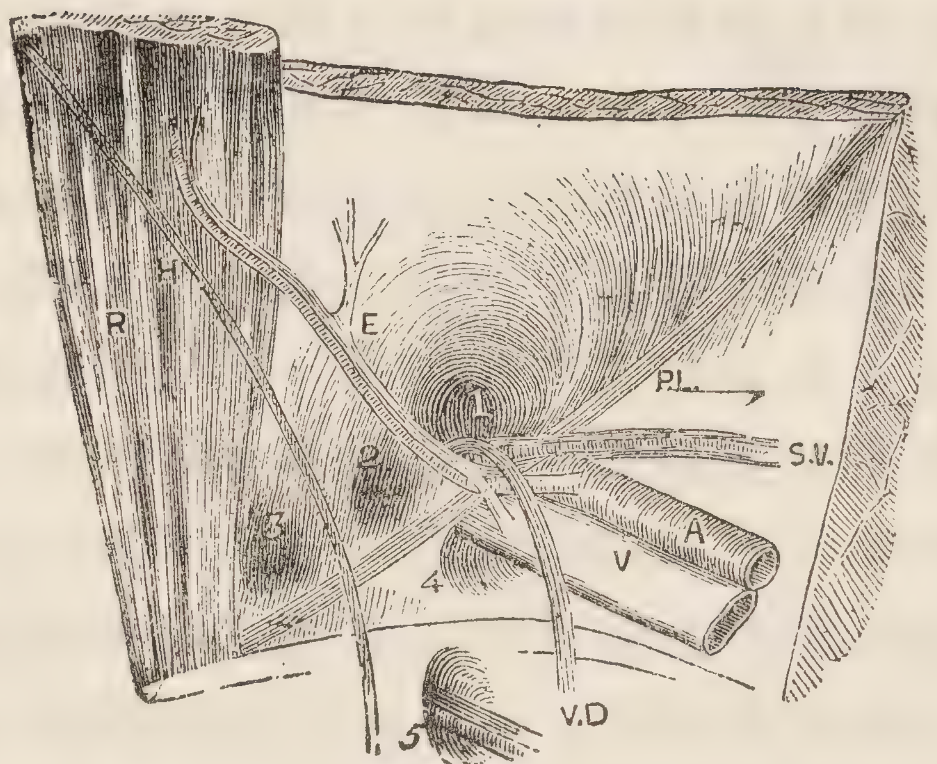


Fig. 417.—Abdominal Wall from within to show Hernial Apertures

腹壁內面之赫尼亞孔

VA. 髂外動脈靜脈　SV. 精索血管
PL. 腹股溝韌帶　VD. 輸精管
E. 腹壁下血管　R 腹直肌
H. 閉塞之臍動脈

1. 腹肢溝腹環　2. 及 3. 內外直赫尼亞之位在腹股溝上三角　4. 股環即股赫尼亞之位　5. 閉孔及其血管

徵狀 腹股溝赫尼亞普通之狀.已論於前無庸再述. 初起腹股溝祇膨脹.咳嗽時愈大.以指入皮下環可以捫出. 赫尼亞入陰囊時上窄下闊.若係斜赫尼亞類,則腫圓與腹股溝膨脹連續.而精索之各件不易捫出.僅能在赫尼亞後下界捫其睾丸. 若係直赫尼亞類.則精索列於外側.捫之則知其由皮下環凸出.但腹股溝不膨脹.

腹股溝赫尼亞係男人最常見之類.少年多患斜類.老年多患直類.在女除幼女及未產婦外罕有患此者.苟患之多係先天類.由胎之腹膜鞘狀突而入陰脣.且不甚大.

診斷 患腹股溝赫尼亞若無併發病則易斷定.若日久則難辨其爲直類或斜類.其易混淆者可分二大類論之:

(一)赫尼亞未全而尚居腹股溝管期須按下數患鑒別之.

(甲)包繞性睾丸膜水腫 Encysted hydrocele. 其形似球.滑而緊張.咳嗽稍有觸跳.能上下移動.然壓之不能令其完全回入腹內亦無腸咕嚕響.若扯定睾丸則囊腫不動.若能捫得其上界則爲特狀. (乙)慢性膿腫.起於腹壁或盆腔或腹內.或由皮下環穿

出.雖咳嗽亦觸跳.壓之有時亦能復回.惟其界限無定.其質軟按之則有波動.更有他原發性病之症狀可為鑒別之助.（丙）腹股溝淋巴腺增大.與腹外斜肌粘着.易誤認為赫尼亞.因咳嗽時或有觸跳也.但其觸跳之勢係衝撞性.非似赫尼亞之舒張性.且以指探入腹股溝管並知未有赫尼亞.（丁）睪丸停於腹股溝管.此最易辨明.因陰囊內一側無睪丸.按之在腹股溝中則有睪丸之特覺.而其上端之圓形或可捫出.（戊）有時脂肪纖或他組織在腹股溝成腫瘤.但其上緣有一定之界限.咳嗽時亦不顯觸跳.惟亦有時有皮下組織一塊由腹股溝凸出.且有時有赫尼亞囊埋於其中.（己）精索血腫.乃由受傷而致.痛而有瘀斑.咳嗽無觸跳.壓之不能還納.

（二）赫尼亞降至陰囊期.辨明較易.若由皮下環捫查精索.凡係陰囊內之腫狀,如陰囊水腫,睪丸肉腫等,卽可辨明.若係精索靜脈曲張.有時與網膜赫尼亞相混.惟捫其精索可知.且靜脈曲張臥時則腫消無.以指挿入腹股溝管內免網膜再出.令其起立則腫復顯.善於捫診者捫之不難鑒別.因曲張之靜脈似蚯蚓居囊內.網膜赫尼亞則異是也.然亦有赫尼亞與陰囊水腫或睪丸肉腫同發者.宜細辨之.

治法 分姑息療法及斷根療法.

（一）姑息療法 Palliative Treatment. 乃束以疝氣帶.其帶式不一.須按人而擇其宜.最合用者如四百十八圖.束帶時一端宜有墊墊赫尼亞孔.且有鋼簧令墊不移位.在身後之段宜置於骶骨中段.旁沿髂嵴與股骨粗隆之間.若赫尼亞只在一側.鋼簧之一端祇達好側之髂前上棘後而止.其餘續以皮帶.將墊用鈕扣住.又在赫尼亞旁近髂前上棘處繫一輔帶.由臀彎過會陰往前上扣於墊之第二鈕.以免皮帶上脫.墊形圓或長圓.有用軟鐵外包以軟木者.亦有用橡皮囊內貯以水或氣者.宜以

皮裏之.鋼簧之力不可過大.只足防赫尼亞脫出而已. 欲定皮帶之長短,宜自髂前上棘後循帶所應居之地位繞身而量至恥骨聯合.量妥後購而用之.所用之墊,宜視赫尼亞孔之大小而定.若係初起之斜赫尼亞.其墊宜置於腹股溝管處非在皮下環.直赫尼亞宜置於皮下環處. 後天性者雖如此可治瘉,然甚罕見.若係小兒先天赫尼亞.果其母細心料理其帶.約兩年可瘉.已用至數月.倘疎忽而容赫尼亞復脫一次.則前功盡棄矣.

第四百十八面

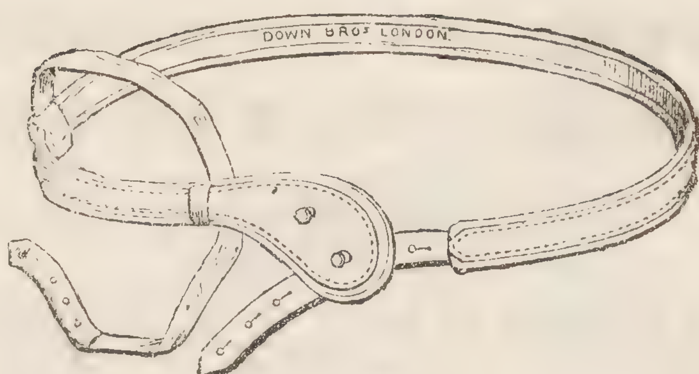


Fig 418.—Inguinal Truss

腹股溝疝氣帶

在嬰兒用一束毛線圈.一端剪斷由身後纏過.將斷端穿入未剪斷之襻端.在腹股溝處作一墊.再將斷端經過會陰在背後橫段作結.(第四百十九圖).宜早晚更換.或尤勤更換之亦可.換時宜用指壓之勿令赫尼亞脫下. 患嬰兒雙赫尼亞可用雙疝

第四百十九圖

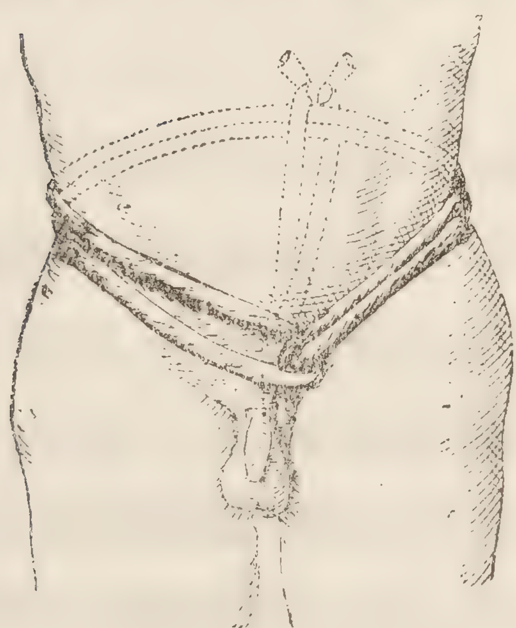


Fig. 419.—WOOL TRUSS TREATMENT OF LEFT INGUINAL HERNIA IN AN INFANT

毛線圈帶以治嬰兒之左腹股溝赫尼亞

第四百二十圖

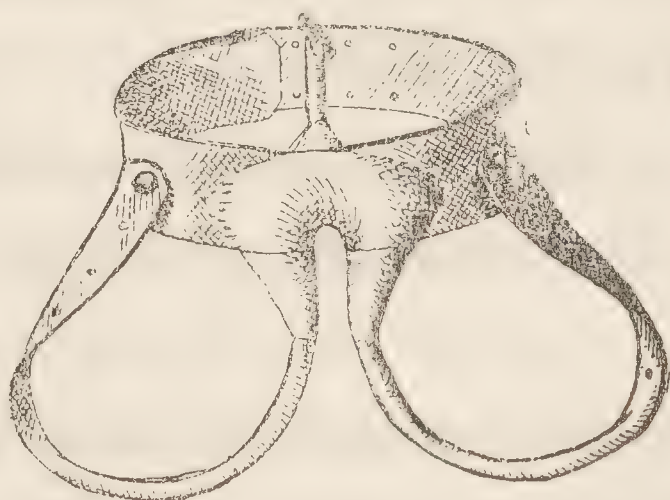


Fig. 420.—INDIARUBBER BAND TRUSS WITH AIR PADS FOR INFANTS

The air-pads fit around the root of the penis and are inflated through the tube tied up in front. The understraps fit round the child's thighs

爲嬰兒用之帶氣囊橡皮帶.其氣囊繞於陰莖根.由囊上之管吹漲其二帶則繞於腿後.

氣帶.(第四百二十圖).此帶之二墊係兩橡皮氣囊.較用鐵簧墊爲暢適. 於上各法外凡使腹內之壓力加大者宜除去.如陰莖包皮口有狹窄之患宜以手術治之.或大便秘結亦宜調理之.

(二)斷根療法 Radical Cure. 近來多用此法以治腹股溝赫尼亞.若愼擇其宜施手術者,且精於手技,及善後療法甚完全,則結局甚佳.死率幾無.

應施手術之選擇. 因此類手術非係除此別無他法.只爲療法中之一最佳者.故外科士必先斟酌應否施手術. 若少用力之人及用疝氣帶易於制止者,受手術與否任其自便.但勸其受手術亦爲當然.蓋既受手術則不必用疝氣帶.且無赫尼亞絞窄之虞. 若係作苦工之人,常冒用力之險,且無力購換新帶.苟無以下之反徵總以施手術爲宜.其反徵卽 (甲)先天腹肌鬆弱. (乙)腹壁弛緩.如老年腸系膜降下致腹壁脫垂. (丙)妨礙手術之全體病. (丁)赫尼亞大而許久未能復回.若一旦納入則令腹內壓力過大.恐騷擾心之作用或致又生赫尼亞.此類赫尼亞之手術結局不佳.倘欲施手術.宜先節其飲食.時時用還納術 taxis. 使漸減小.

施手術最宜之時期乃在童年.年愈長則結局愈不佳. 在小兒必用疝氣帶一年.若不見效卽可施手術.此則不難.結局亦佳.

腹股溝赫尼亞之斷根手術,乃根據二原理而發明. (甲)須完全截除赫尼亞囊. (乙)須弼補腹壁之缺欠.然須留輸精管經行之路. 在青年人赫尼亞囊爲最要.腹壁肌之缺欠次之.但年歲愈長而腹壁之缺欠愈關緊要.甚至老年人患甚小之直赫尼亞,可無庸理赫尼亞囊,祇弼補腹壁而已. 猶須注意者,青年人腹股溝管最薄弱之部分係其上段,老年者乃其下段.

第四百二十一圖

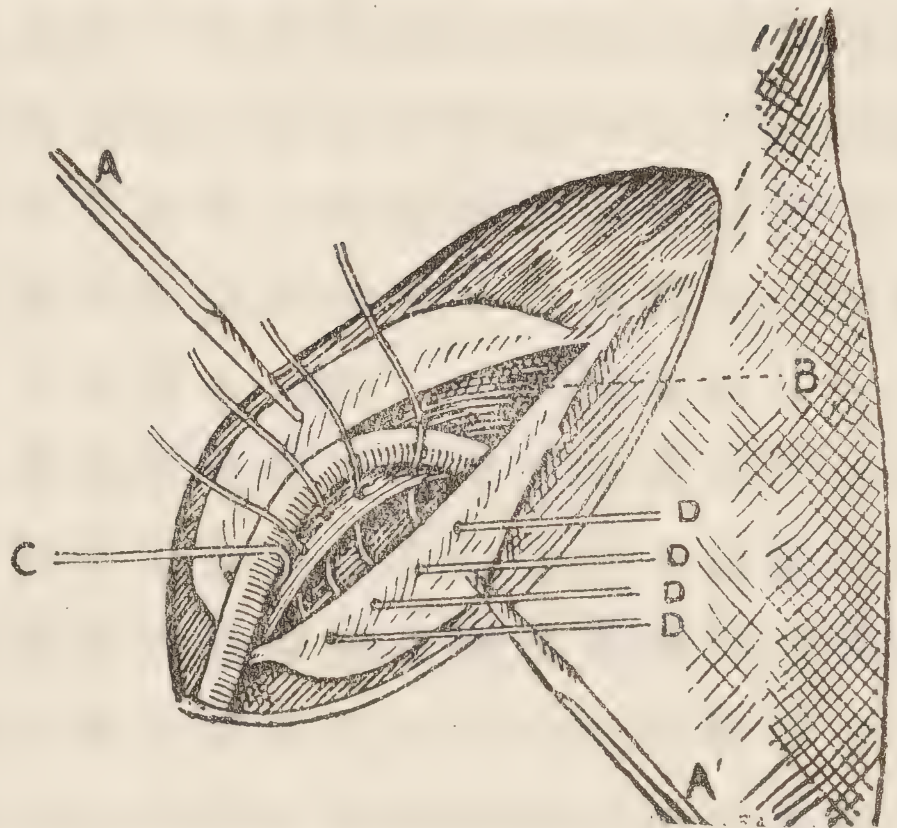


Fig. 421.—BASSINI'S OPERATION FOR RADICAL CURE OF HERNIA

巴辛尼氏赫尼亞斷根手術

A. 鑷揹開腹外斜肌腱膜之割緣

B. 腹內斜肌弓形纖維續於腹股溝韌

C. 鉤提上而開精索

D. 絲線由精索後在內穿腹股溝韌在外穿腹股溝韌帶

此圖之割口特意過大以表示各物之排列

已發明數種手術結果均甚佳.於茲祇論巴辛尼氏術以作標準.對於他術祇提及其異點而已. 巴辛尼氏術 Bassini's operation 可分六級列下; (一) 薙淨恥骨處之毛而清潔之.沿腹股溝管及精索作割口.長約二吋半 (63 mm). 其中點宜在皮下環以上少許.割皮及皮下組織至精索.既割至此處不得不將陰部淺動脈割斷.將皮下環之柱露明.再向上循精索解剖腹外斜肌腱膜. (二) 尋覓赫尼亞囊. 若係久患,或有網膜或腸粘着其內,則辨之較易.若係新成者,囊壁則薄,其內無物,則難以分清. 須將提睪肌及他遮蓋物縱行割開.但手續愈不煩擾愈妙.有時宜將精索提上.則囊底之白凸緣可辨明. (三) 若囊空,須將囊與精索之各件分離直至腹環處.則見有脂肪織以作囊頸之領而得囊頸矣. 若赫尼亞不能還納,宜將囊剖開分離其內容與壁之粘着令腸回入腹內.將網膜截斷推其根入腹內.其粘着可以指慎行撕離,或縛而割斷之.倘腸粘着囊甚密切.須將囊粘着之份截斷而與腸一併推入腹內. 對於網膜任其粘着否須截除之.因其延長之織易與腹壁

粘着致有後發患也.截除時不可以一線合縛,恐所縫之塊不易還納,且恐大血管未經縛妥,或其塊成囊,致日後成內絞窄性赫尼亞.宜將其分成數條而縛之.每條含有大血管.若所縛者參差不齊.則網膜塊較易還納.縛畢視其有無出血之處.卽在縛綫之下剪除其餘塊.隨將網膜根還納. 如此其囊卽空.再使囊與圍組織分離直至腹環. (四) 將囊頸牽下以針穿過愈高愈佳.縛以絲線.後在線下割除囊之下部.則囊上縮而入腹環.其向腸之內面平而不凹. (五) 爲縫合腹壁須用三四線由內側穿過腹內斜肌之弓形纖維,及腹横肌,或穿過腹股溝鐮.至外側則又穿過腹股溝靱帶.如此則線居於精索之後.欲成此工宜用鈎將精索提上.又用二鑷將腹外斜肌腱膜割緣展開. (第四百二十一圖). 輕輕將下鑷下扯.則腹股溝靱帶卽露出.縫線必宜深入組織,惟不宜穿透外斜肌腱膜.且勿忘針穿過腹股溝靱帶時距髂外血管甚近.用間斷縫術或連續縫術皆可.但用連續縫術其縫線不可過緊.以免所縫之組織被勒而腐壞.如此腹壁之口宜縫合直至恥骨結節.但在上端宜留足容精索經過之路.否則精索被勒致睪丸萎縮也.有時在精索上另縫一線以免赫尼亞復發.

三四線旣穿過而結緊後則將精索復回於其上.隨將腹外斜肌之割份覆而縫之.且縫合深筋膜. (六) 用連續縫術縫合其皮.約不必用引流管.

善後療法 令病者臥於牀.膝下托以墊使之畧屈.若不染菌逾七八日傷口約可痊癒.則宜換藥料.撤出縫線. 病者小便時須轉向傷之對側.更須加意不可使敷料被尿所汚.有時施此術後致尿瀦溜.須以放尿筒放之.施此手術於小兒可用顯露敷料法.(見二百零九面).

病者臥牀期及恢復期之長短,須視病者之年齒及手術之情形而定. 對於小兒因其不作苦工無須臥牀過十日或二星

期之久.若係青年者須臥牀二星期.再俟二三星期方可作輕工.須待三閱月始可任其作工.老年人須臥牀三星期.且恢復期亦需三星期.在手術後六閱月內不可用力.若係直赫尼亞尤然.若手術妥善.用疝氣帶非但無益且恐壓新長之瘢組織使之萎縮也.但縫線若因化膿而鬆讓,或腹壁不健,或係老年人,用輕疝氣帶或有益.

先天赫尼亞之治法與上無異.但須將赫尼亞囊之中段割除.留下段而縛其口,以閉睾丸本鞘膜腔.有時施此術甚難.因赫尼亞囊與精索緊粘也.是以須敞開腹股溝管尋覔囊頸於較高之處方可. 其他手術論之於下:

(甲) 班克氏手術 Bank's operation. 先將赫尼亞囊與隣處分離.在腹環處截除之.但勿割開腹外斜肌.縫時令線由腹股溝鐮而入.則可經精索前面以穿腹股溝靱帶及腹外斜肌而結之.如此爲之則不及巴新尼氏法令腹環緊閉.但施於患先天赫尼亞之輕者則足矣.

(乙) 馬克猶恩氏法 MacEwen's method. 依此法不割開腹外斜肌腱膜.祇由皮下環察明腹股溝管.並令赫尼亞囊與周圍之組織相離.將距腹環一吋之周圍組織均如此放鬆. 又以絲線縛囊底.且用彎針令線由上向下穿過囊腔.再由下往上穿過囊頸.此後將針由腹股溝管經過鬆腹壁之下在腹股溝管畧上穿出.如扯緊此線則皺摺而被牽上.以墊塞於腹環.助手則持住此線. 再以數線將腹股溝靱帶縫於腹內斜肌弓形纖維之前.(卽在精索之前).以關閉腹股溝管.終則結穩助手所持之線.且用其餘端縫皮下環至合宜之度. 此法之結果甚佳.然較巴辛尼氏法畧難.並因未割開腹股溝管不能察明精索諸件是否如常. 有時腹股溝管內有腹膜下之脂肪瘤無法截除恐瘤仍存於腹股溝管內致赫尼亞復脫.

（丙）哈勒司忒氏法 Halsted's method. 亦用巴辛尼氏法割開腹股溝管.且將提睾肌沿精索之上緣縱行割開.以便露明赫尼亞囊及增大之靜脈等而截除之. 腹內斜肌之下緣既露明.則以褥縫術將提睪肌縫於該肌之深面.後將該肌及腹股溝鐮遮於精索之前,而縫於腹股溝靭帶之深面.終將腹外斜肌所割之片相叠而縫之.如此縫之.若深處縫線過緊,則可縱行割開腹直肌之鞘俾其弛緩.

第四百二十二圖

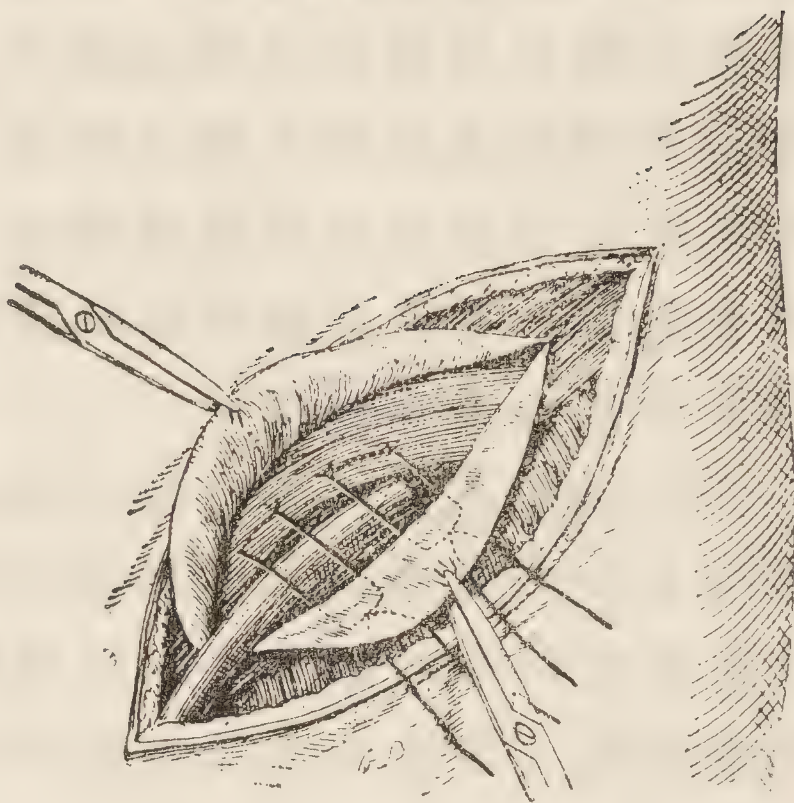


Fig. 422 —OPERATION FOR INGUINAL HERNIA (CARLESS)

卡氏治腹股溝赫尼亞之手術

先割開腹股溝赫尼亞囊即易去盡.精索及提睪肌則壓回. 又用褥縫法令腹內斜肌及橫肌與腹股溝靭帶相貼. 其線在腹股溝靭帶外作結.後將腹外斜肌彼此相疊而縫之.

（丁）近來余嘗屢用一法.與上畧似.結局亦最佳.此法亦將腹股溝管割開.割除赫尼亞囊.其縛囊之處愈高愈妙. 隨牽開腹外斜肌以露明腹內斜肌.又用褥縫術穿腹內斜肌及腹橫肌,或腹直肌鞘之緣.將線經過精索之前面.而穿過腹股溝靭帶於其外面作結.(第四百二十二圖).如此爲之則其肌在腹股溝之前成一堅固之壁.約用一二線足矣. 隨將腹外斜肌之下外部分複於褥縫線之上而縫於腹內斜肌.再將腹外斜肌之內部分複於其外部分上而縫於腹股溝靭帶.深筋膜亦用線細縫之.終則縫合外口. 大約不至化膿而癒.若化膿則所縫之線易於撤去.因線結在腹股溝靭帶之外側.不似巴辛尼氏及哈勒司忒氏法在該帶之內側而難撤也. 用以上三法有時有副睾炎及鞘膜水腫之後發患繼之而起.

腹股溝直赫尼亞之治法.有時與上畧異.因此類赫尼亞常起於老年人.多數用雙疝氣帶以免施手術甚妙.但亦有可施手術者.惟其豫後不及腹股溝斜赫尼亞之佳. (甲)因患者係老年人大約有慢性肥胖,或兼咳嗽,或小便費力等患. (乙)因最弱之處係腹股溝管末段而非在其上段,故腹環正居皮下環之後. 對於此類赫尼亞最佳之法,卽移其精索離位使之齊腹環處穿過腹壁而出.隨將腹股溝管完全縫閉.與女者相似.精索雖如此之淺.然若有脂肪圍繞則無妨害.

施手術後復發 赫尼亞復發在昔常見.今則鮮矣.若遇割赫尼亞之國手.百人中只有九或十人復發.若一年內不復發,以後復發者更少. 其復發之故.有因赫尼亞不應受手術者.亦有因手術不善,或施術後起牀太早,及用力過度者. 施手術時不可不加意,使赫尼亞囊與周圍組織分離愈遠愈妙.否則囊所縛之端成漏斗形而易復發.割口化膿亦常致赫尼亞復發.若深縫線未受累,雖化膿亦無大害.倘線已脫.病者宜束一輕疝氣帶數月之久以免復發. 亦有因赫尼亞囊內之物(如腸網膜等)回居腹中時增大腹腔之壓力而致復發者.故若有多網膜居於赫尼亞囊內.施手術時完全除之爲佳. 亦有因腱性鄰組織穿針時或緊縛線時撕裂而致復發者.昔爲斜赫尼亞,復發而成直赫尼亞者,多因此故也.

若施手術後有復發之趨勢.病者宜用輕疝氣帶以免後發患.至於已復成赫尼亞.若腹壁不過弱宜再施手術.

股赫尼亞 Femoral Hernia. 係從股管而下.由股內上部之卵圓孔而露出.女子多患之.因其髂嵴畧外展致腹股溝韌帶下之開隙較大.經產之婦更易患之.惟在分娩時腹股溝處畧被遮護,故腹股溝赫尼亞罕有因此故而起者.年幼而生股赫尼亞者男較多於女.

股管乃係股鞘之內側組.平常此組衹含脂肪織,淋巴管,或一淋巴腺.其前壁長有四分之三吋(19.05 mm).後壁長一吋半(38 mm).上口被腹膜下組織增厚之股中隔蔽之.下口係卵圓孔,被篩筋膜所蔽.故股赫尼亞降時則得以下之數遮蓋物:(甲)腹膜.(乙)腹膜下組織,卽股中隔.或另有一層厚脂肪織.(丙)腹橫筋膜所成之股鞘前壁.(丁)篩筋膜.(戊)皮下組織.

第四百二十三圖



Fig. 423.—FEMORAL HERNIA

股赫尼亞

(己)皮.赫尼亞經過股管時則居股靜脈之內側.若壓此靜脈則令下肢水腫.赫尼亞內側有陷窩靭帶.上內側有精索或子宮圓靭帶,但較赫尼亞畧淺.外有腹壁下動脈,距赫尼亞頸不遠.有時閉孔動脈由此動脈而起.(七人之中有二人如此).如此或居赫尼亞頸內側.循陷窩靭帶之獨立緣.(七十五人中有一人如此).但多半居股靜脈與赫尼亞頸之間.赫尼亞旣由卵圓孔而出.則循腹股溝靭帶上外行向髂前上棘.因被淺筋膜之深層所引也.若赫尼亞較大則至腹股溝靭帶之上.股赫尼亞較腹股溝赫尼亞罕有網膜脫入囊內.惟迴腸每脫入.有時卵巢及輸卵管亦能脫入於其內.

徵狀 甚爲特殊.多爲球形之團.居於股內面.咳時則觸跳.壓之則減小.囊頸居股血管之內側,恥骨結節之外側.而恥骨結節每可捫得.(第四百二十三圖).

診斷 (甲)腹股溝赫尼亞之頸居於腹股溝管而卵圓孔內無物.且居恥骨結節之上內.其出腹處居腹股溝靭帶上方.後則降至陰囊或陰唇.股赫尼亞則不然.(多係二十五歲外之

婦女患之). 腹股溝管如常.但股管內有赫尼亞頸.居於恥骨結節外下及腹股溝靱帶下方.且向上外而行.陰唇不受其累.
(乙) 卵圓孔如有增大之淋巴腺遮障之.則與股赫尼亞之狀甚似.但咳時無觸跳.且無赫尼亞普通之狀.故可辨明.但股赫尼亞中若有網膜而不能復回.則觸跳狀畧少.體胖者非施手術難以辨明. (丙) 若有小脂肪瘤於股管中與股赫尼亞最相似.但其界限較赫尼亞尤清.且瘤亦易動.咳時並無觸跳狀.足可鑒別.
(丁) 腰大肌膿腫 Psoas abscess. 若欲在卵圓孔穿頭恐誤認爲股赫尼亞.因以手壓之則能變小.咳時亦有膨脹性觸跳.但膿腫壓回時無腸咕嚕響.且居於血管外側或後方.惟赫尼亞居血管內側.且髂凹處有一緊張性腫團.若以指按卵圓孔則膿腫之波動能通至髂凹之腫團.兼有脊椎骨瘍之特狀. (戊) 大隱靜脈曲張.若於卵圓孔處成囊.恐誤認爲股赫尼亞.因咳時有顯然之觸跳.且仰臥則凸形消散.然觸跳與股赫尼亞不同.蓋按之可覺血流過指下也. 且仰臥而令腫團壓股管之上端.使病者站立.若係曲張則漸復如故.若係赫尼亞則不復回.且靜脈曲張則下肢他處靜脈亦有曲張之弊.

治法 小而能還納者可用疝氣帶治之.此帶與腹股溝疝氣帶相似.惟其壓墊較下,以便壓股管也.茍疝氣帶不適宜.致壓股靜脈令下肢水腫.

手術 因赫尼亞被絞窄或欲斷根而施手術. 以上所論治腹股溝赫尼亞之理大約於治股赫尼亞亦有關係.治股赫尼亞之最要者乃令股管前後二壁相貼.即將腹股溝靱帶內端縫於恥骨之上枝,或遮上枝之組織. 循股管豎割一口.將遮股管之脂肪織(有時此脂肪織甚多)解離露明赫尼亞.再令赫尼亞之內物回入腹.遂縛囊頸將囊割除.或以囊爲墊塞於股管之上口亦可.後設法以塞股管.其法有三: (一) 用褥縫法穿腹股溝

韌帶之內端.又穿過貼近恥骨上枝之韌帶纖維而縫緊.(第四百二十四圖).以此法治之則強半足以關閉股管.但針須深穿至恥骨.不祇穿恥骨肌筋膜.（二）若股管較大可用馬蹄形釘將腹股溝韌帶內端釘於恥骨上枝.但此法不佳,恐後日釘能鬆脫,及傷股靜脈.（三）又有一法.用錐在恥骨上枝由下向上鑽二孔.後以線穿腹股溝韌帶及此二孔.而作結於上枝之下面.如此令腹股溝韌帶與恥骨相貼甚妥.

第四百二十四圖



Fig. 424.—DIAGRAM OF THE RADICAL CURE FOR FEMORAL HERNIA

The position of the femoral vein and artery is indicated, and the internal saphena vein passes up through the saphenous ring to join the former. The spermatic cord is seen above, and the situation of the suture to close the crural canal.

股赫尼亞斷根療法

此圖表明股靜脈及動脈之地位　其大隱靜脈入卵圓孔與股靜脈連合.　有縫閉股管之線脚在內側.　其上為精索

此等手術之結果不甚佳.蓋百人中復發者有二十至三十之多.其原由大抵有三.卽未牽囊頸往下致縛囊於股管之下,或未分離囊頸而留脂肪織於其周圍致碍完全關閉股管,或未完全關閉股管云云.　欲免此弊.近今發明腹股溝手術.以便妥善處理囊頸,且距股靜脈較遠而無傷之之危險也.　割口與治腹股溝赫尼亞者同.遂割斷腹外斜肌腱膜以敞開腹股溝管.將腹內斜肌及腹橫肌扯往內側,而牽精索往外側,則腹膜易見.且可剖露腹膜下延而成囊頸之份.　若能將赫尼亞內容復回.則可將囊牽出股管.穿而縛妥其頸割除之.　若內容不能復回.則須在腹股溝韌帶之下開囊.割離其粘着物.截除大網膜.而將囊與鄰組織分離.則可將囊牽上至腹股溝之手術區.依上法

處理之.如此則股環顯而易見.可目覩將縫線穿腹股溝靭帶及恥骨上枝上面之靭帶纖維而縫合之.終則縫合腹股溝管.此手術之優點.一則醫士便於目覩施行.一則可完全截除赫尼亞囊.結果甚佳.

臍赫尼亞 Umbilical Hernia. 此分三種.述之於下:

(一)先天性臍赫尼亞又名臍膨出　甚罕見.多因腹壁發育不全而致.故嬰兒生時臍帶之根有腔,且其中含腸.接生者若粗心,恐縛臍帶時並縛其腸,致令腸被絞而傾命.或成糞瘻之患.若不立時治之.迨臍帶脫時恐腹膜腔裂開,隨即患腹膜炎而亡.治法.乃在乎腹壁發生不全之大小而異.若料定腹壁缺口可以輳合.須立施手術以免日後受染.若腹壁不足縫合則無法矣.常見內臟兼有發育不全之弊.

(二)嬰兒臍赫尼亞又名凸臍　多因臍瘢虛弱而受腹內壓力所致.大便常結,或陰莖包皮狹窄,致大小便費力過大,皆能起此患.此病大約不至成丁時即自痊癒.治法.理其大便.若陰莖包皮狹窄者須施包皮環截術.兼用貼膏貼其腹壁令臍瘢陷入.若仍無效則將臍囊割開而截除之.後按下論之法縫閉其口.此類之口多係橫形.故可豎縫之令兩邊相齊.

(三)成人臍赫尼亞　大約因腸或大網膜自腹白線脫出.或在臍上.或在臍下.臍上者較多.尤有一類多見於產婦.即因腹白線破裂及腹直肌相離而致.此赫尼亞含有腹膜囊.但赫尼亞久者此囊最薄,且與周圍組織緊貼,故難辨識.有時赫尼亞之內物亂相粘着.如此者頗易起腸梗阻之患.若兼有亞急性炎或致成絞窄性.遮赫尼亞之皮緊張而薄,或至潰爛,致有穿破之危險.有時此赫尼亞分成結節.且囊面包繞厚脂肪一層.

治法　用器械治之無大益.對於不能還納之赫尼亞,非但不能治癒,且不能制止其增大.赫尼亞小者在初期用彈力性帶

雖畧有益.但須用甚大之壓力方使之不脫出.如此必致病者不舒也.

赫尼亞不大而腹壁之孔小者,只按嬰兒臍赫尼亞治之可矣.但赫尼亞大而不能還納者,必用他法治之. 對於人胖而赫尼亞大者,須先節制飲食,調理身體,以減其體胖. 施手術者必認明以下之理.即患赫尼亞者其腹壁每係薄弱.腹直肌相離.赫尼亞孔之邊緣堅硬而有纖維性.故任如何小心縛之亦難長合.只有一適當之法.即處理赫尼亞所含之物.後將兩邊之腹壁相搭而縫之也.如此則二貼面必長合為一.此手術雖屬重大,但善用之則甚效.平常之法如下: (一)於蓋赫尼亞囊薄皮之兩側作二弓形刀口.刀口之上下兩端向正中線相接.故易於向上或向下延長.二刀口間之薄皮隨囊一同除淨. (二)將囊與皮下之脂肪織剖離直至囊孔之邊緣.但囊之凸份無須費手續剖離.因後截除之也. (三)於囊之一側或兩側開之而檢察其內容.若係小腸則易復回.惟橫結腸及網膜則復回較難. 大約囊內之網膜須割除之.此膜係纖維性脂肪複雜之塊.約貼於囊面或赫尼亞孔緣.已失其作用.且若使之復回必增腹內之緊張力.故囊內之塊雖大外科士可不必慮而割除之. 囊底之粘貼可勿庸動之,惟粘貼赫尼亞孔緣之網膜須細心剖離. 既已剖離.則結腸約易於復回.隨即蓋以紗布免其復脫. 後將囊,與其粘貼之網膜,及所蓋之皮,盡行割除. 如此為之恐有許多血管出血.必須完全縛而制止之. (四)隨即閉合其孔.試查其孔則見腹直肌遠離.恐上下之腹白線亦鬆弱. 如此莫佳於將腹白線及腹膜剪斷直至強健之組織或肌相接之處.隨用褥縫術於此側近邊緣處穿腹膜及肌,而至彼側穿腹膜及肌愈遠離邊緣愈佳.該線一打結即將此側之腹膜及肌搭於彼側之下.(第四百二十五圖A).如此則於腹正中線成雙層腹肌.隨將彼側浮片之

邊緣縫於下片之上(見圖B)使兩片密合. 後將皮及皮下脂肪織用蠶腸線深縫合免有虛空之處.大約用引流管數日為佳.

此手術甚煩難.但若能小心為之.雖病甚重而結局亦甚佳. 若腹壁之缺甚寬.有外科士謂用銀質之網縫於腹膜下之組織.其結局甚佳.但若該處化膿.欲除此網則甚難. 有更佳之法.乃用闊筋膜補於缺處.該筋膜之構造甚健.易使該處生堅固之纖維織. 但余已用搭片法治許多重病,未有一次不成功者,蓋腹壁之彈力有餘,雖大展之亦足敷用也. 施手術後病者須束腹帶數月以助結瘢堅固.亦須使大便通暢.若係婦女能免其懷孕之危更佳.

第四百二十五圖

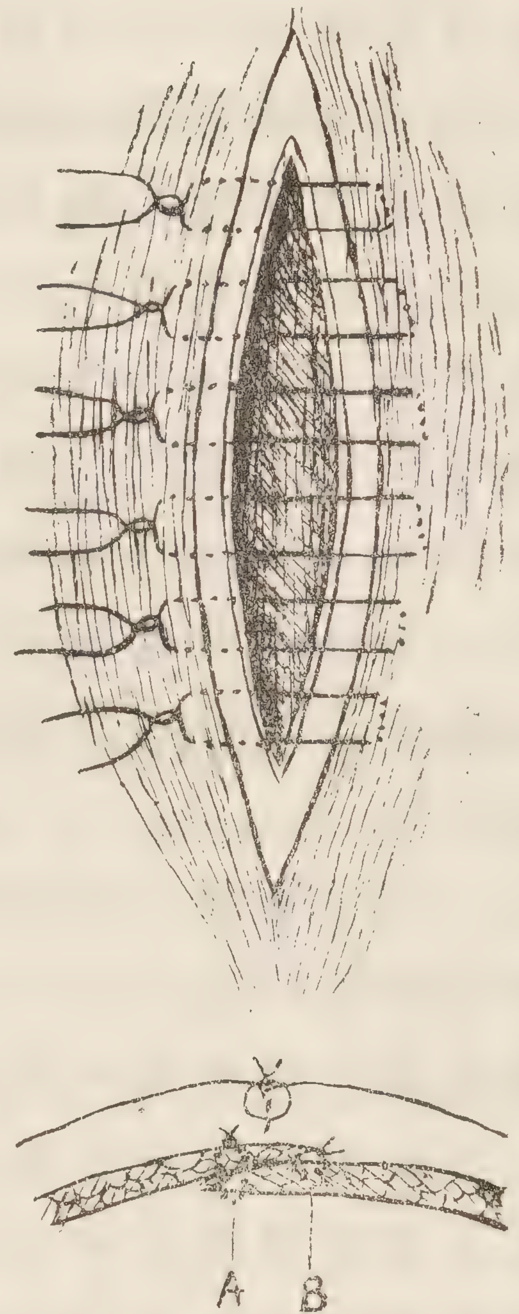


Fig. 425.—OPERATION FOR UMBILICAL HERNIA

腹及臍赫尼亞之手術

上圖乃表明縫線之法以使割口兩片彼此相貼如下圖

腹赫尼亞 Ventral Hernia. 除上所論.若腹壁之他處有凸形.皆謂之腹赫尼亞.共有數類:

(一)多因腹白線或半月線有先天或後天之孔致腹膜下脂肪織由此孔而出.腱劃與半月線交連之處更易成孔. 此赫尼亞生於臍上者較多於臍下.若此處之脂肪織加多.則成一腫瘤.與脂肪瘤相似.名白線脂肪性赫尼亞.日久腹膜隨此脂肪織由孔凸出而成眞赫尼亞.患此類赫尼亞者常有嘔吐腹痛等狀.行動時其狀卽顯.一則因腹膜被扯.一則因赫尼亞囊頸被孔之利緣所絞也. 治法.將所凸之組織用線縛其蔕而截除之.但宜加意勿縛內臟於蔕內.後置蔕於腹內

用線深縫之.以封閉赫尼亞孔. 在腹股溝及股處亦有類似之患.尋常所謂腹股溝或股脂肪瘤者大抵係此類.

(二)施開腹術後若瘢痕不堅或傷口化膿致深縫線崩脫.或因排液腹膜內膿腫而未縫閉其孔等,皆可致此等腹赫尼亞.

治法.與治重類臍赫尼亞同.即將缺口緣與粘着物分離,而截除或復回囊之內物.遂將囊並其淺面之脂肪織及皮割除.後將缺口緣彼此相搭,或移植闊筋膜一片,或補以銀質綱而縫合之.若醫士手技精巧,經驗宏富,則結果甚佳.

曾有醫士發明用生活闊筋膜數條在缺口縱橫織補數層.如此則成甚佳之保障.非但不被吸收,且使周圍生若許纖維.結果甚佳.

(三)經產之婦其腹白線展寬,而腹直肌大都相離.臥時若令病者抬頭及肩而不用肘支架.則白線凸起成豎排之寬脊,因腹直肌已相離也.且因腸失其維持故有消化不良及不舒之狀.

治法若用腹帶堅縛之畧效.但以手術治之更佳. 將腹白線由上至下剖開.又令此側腹直肌及白線與皮下組織分離,而置於彼側腹直肌之下.用褥縫術縫其獨立緣於彼側半月線.再縫獨立緣於此側半月線.若脂肪織及皮有餘可割除之.終則縫閉割口. 如此治之則腹壁成複層之式.結局甚佳.

腰赫尼亞 Lumbar Hernia. 此患罕見.係腹內臟由骶棘肌旁而出.即在背闊肌與腹外斜肌之間之腰三角處. 多因施腎手術後該處化膿,致深縫線脫落而成. 其狀與他處之赫尼亞相似.若細心察之可與腰膿腫鑒別. 治法.與治腹赫尼亞同.

膈赫尼亞 Diaphragmatic Hernia. 生前罕能認此患.但若被絞窄或可辨明. 此患多爲先天性.因膈肌發育不全而致.左較多於右. 亦有因損傷而致者,如膈受刺傷或槍彈傷,致橫結腸或胃或大網膜凸入胸膜腔是.此赫尼亞大約未有腹膜作囊.

治法多半無法可治.嘗有人對於由損傷起者開胸膜腔露明膈肌上面而縫閉其缺口.

閉孔赫尼亞 Obturator Hernia. 乃腸由閉孔上部脫出.大都見於老婦. 除赫尼亞被絞窄外,生前少有能認明此病者.其辨明之者多因有急性腸梗阻狀開腹治時而得見也. 患此赫尼亞而腸被絞窄者,不但顯梗阻狀,且在內收肌起處略凸而硬.其痛循閉孔神經至膝之內面.若由肛門或陰道察之或有資助.

治法.多至赫尼亞被絞窄時始行施治.在股三角處內側割一口.割斷恥骨肌或移開.既見赫尼亞囊則割開.又向上割之俾絞窄處鬆弛.因其血管約居赫尼亞囊頸下也. 若因腸梗阻施開腹術時得見此患,則依股部利什透氏赫尼亞之治法治之(見下).若令病者作垂頭仰臥姿式或可從腹膜腔用袋口縫合術縫閉其囊頸.

亦有他種赫尼亞,如陰部,陰道,坐骨等赫尼亞.然甚罕見.故無庸多論.

赫尼亞異常之情形 ABNORMAL CONDITION OF HERNIA

難復性赫尼亞 Irreducible Hernia. 此多因囊與其內物粘連或內物互相粘連成一大塊,致不能經過腹壁孔之故. 常兼有囊頸縮窄,如被不合式之疝氣帶所壓.或因赫尼亞內物常墜下而致.亦有因入囊之網膜多生脂肪,或因生囊腫,而赫尼亞不能復回者.

局部之症狀明而易見.兼有消化不良,腹痠痛,赫尼亞墜脫等狀.

治法 (一)間時用力施還納術.未用時令病者靜臥於床.或兼用冰囊敷患處以助其縮小或有效.胖者亦須節制飲食.

赫尼亞最大者,未用此等治法之先勿施手術,因最大之赫尼亞忽令其復入腹膜腔,則能阻心之作用,以致無救.（二）又有一法.卽用帶皮兜之疝氣帶.此帶內有彈力發條能壓赫尼亞向上.此二法或能令赫尼亞漸行復回.然吾儕對於第二法不甚贊成.（三）身體強壯而赫尼亞不甚大者莫妙以手術治之,因施手術時赫尼亞內之網膜,及其粘着皆能除盡也.（四）有數類最劇烈赫尼亞.祇可用彈力帶兜之而已.

發炎性赫尼亞 Inflamed Hernia. 此乃赫尼囊之腹膜發炎,且或累及其內物也.其炎多由損傷而起,如用赫尼亞還納術不善,或疝氣帶之壓不合宜等. 患處腫.發熱.作痛,捫之其痛尤甚.且赫尼亞皮充血而紅.全身發熱.鬱悶不舒.惡心.作嘔.大便秘結. 此患與絞窄性赫尼亞畧似.但絞窄性者不發熱而顯休克.且其囊較緊張.若嘔吐則所吐者含糞.而發炎者不然.蓋炎時不易復回.此因痛甚之故,非因有阻礙也. 有淋巴屯積於漿膜面.終令其粘貼.若囊內獨有網膜而無他物.如此發炎後可自瘉.臍赫尼亞更能如此而得瘉.

治法 須令病者安臥.祇食液體物.敷熱濕布於患處.又服鴉片一小劑以止痛.且灌洗直腸使之空虛. 若症狀不退.則施手術治之爲妙.免成絞窄性赫尼亞之患.

箝閉性赫尼亞 Obstructed Hernia. 此係糞不能行過赫尼亞囊內畧塞之腸也.多見於臍赫尼亞.故惟有大腸受累. 多因未消化之食物或糞屯積於腸內.繼而分解生氣則患加重.於是惡心.或嘔吐.但鮮有吐糞者.大便約乾燥.有時降結腸之糞已出而仍有虛恭.赫尼亞不復回且漸漲.但其漲不如絞窄性赫尼亞之甚.以手捫之則覺囊內有似麵團之塊.以指壓之則成凹.病者自言捫之雖不覺痛,但腸則間時痠痛. 若不令赫尼亞復回.則能發炎而成絞窄性赫尼亞.甚至傾命.

治法 須多用灌腸法.又將冰囊敷於赫尼亞上.後細心施還納術.令囊內之物前行. 阻物通過後則服瀉藥.

絞窄性赫尼亞 STRANGULATED HERNIA

此係赫尼亞囊之物被絞窄而血管之血不能循環也.非必兼糞不能行過.蓋有時祇大網膜受累.或腸腔祇有一份絞窄而他份仍通.(名利什透氏赫尼亞 Richter's Hernia). (第四百二十七圖). 或腸祇有一憩室被絞窄.(名利忒雷特氏赫尼亞 Littre's Hernia).

絞窄性赫尼亞總分為二類: (一) 腹內者.詳於三十七章. (二) 腹外者,論於下.

腹外絞窄性赫尼亞 External Strangulated Hernia. 原因有二: (甲) 赫尼亞成時卽被絞窄.多見於小兒及青年人.為先天性.且其囊長而窄. (乙) 在成人多因偶然出力致囊內之物加多.且因多見於恒久之赫尼亞.則囊被疝氣帶所壓或被內容戟刺致壁增厚而窄. 甲類多顯急性狀. 乙類多顯亞急性狀.

赫尼亞絞窄處大約係囊頸或頸外之密組織. 然亦有在他處者. 其絞窄之誘因.多緣囊壁加厚也.然股赫尼亞及臍赫尼亞被絞.多因赫尼亞外組織所致.(如陷窩韌帶腹白線等). 亦有因腸之一蟠經囊內甚緊之粘着組織下,或穿入囊內網膜之一孔,致被絞窄者. 赫尼亞初出卽被絞窄者,多因繞囊孔之腹壁組織抵抗之故.

有時腸之二蟠突入赫尼亞囊內而被絞窄.且二蟠間之腸蟠雖居腹內亦被絞窄.如此則腸成W字形而三腸蟠均被絞窄也.倘僅處理突出之二蟠,而對於其腹內之蟠忽略不理,自不能奏效.

第四百二十六圖

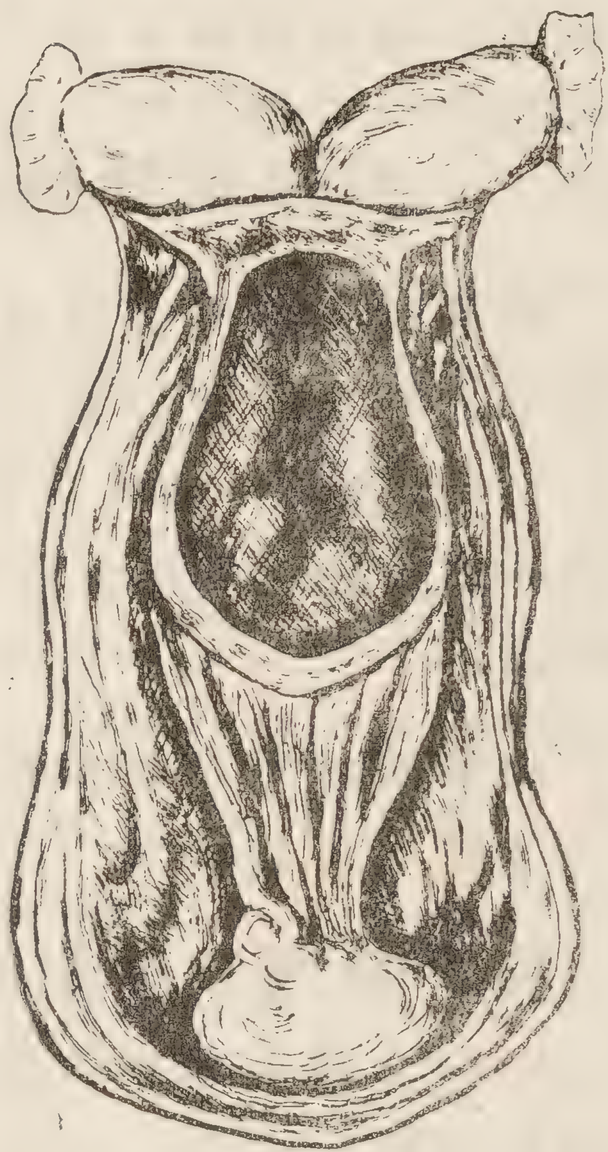


Fig. 426.—STRANGULATED INGUINAL HERNIA

絞窄性腹股溝赫尼亞

病理解剖 絞窄之結局乃視窄處鬆緊而定. 初起時血循環未盡停止.惟靜脈先受壓.隨則鄰腸蟠被液浸潤而充血,致動脈之血停止.故被絞之組織先充血,厥後缺乏動脈血之滋養.且有菌乘機而入則致壞死.壞死之先發炎與否無定.

若腸被絞窄始而色深紅.繼則變紫.此因充血之故也.其壁因被液浸潤則厚而硬.且因腸癱而內物分解致生氣而緊張. 腸面初仍滑潤而未改變.但至液久積於赫尼亞囊內.則內皮細胞脫落矣.間或腸之淺毛細管破裂而成瘀斑.亦有因施赫尼亞還納術不善,致充血之血管破裂,而血流入囊內成爲血塊者.腸則鬆弛而色灰黃.然此事罕見. 若腸被絞窄不久卽使之復原.則恢復甚速.不然則發炎.其面變澁而失其光滑.因有一層淋巴遮其上也. 至終腸成壞疽,因血滯留,並因大腸桿菌及他菌由腸腔侵入其壁而生殖時發出毒質,尤助成壞疽也.壞疽既成.則腸有數處變成灰或黑色,漸次延蔓,至光滑之形全失.終則臭壞.且易潰爛. 股赫尼亞及臍赫尼亞較他等赫尼亞更易成壞疽.大約赫尼亞被絞窄後二三日始成壞疽.但亦有未至二十四小時卽成者.初生之小赫尼亞較日久之大者尤易成之. 在腸絞窄之區完全無血.易於潰爛或破裂.然有時因腸與

囊頸相粘着可免全腹膜腔受染. 在被絞區上之腸癱瘓而蠕動完全停止.(利什透氏赫尼亞亦然).糞亦積多而分解,致卡他性腸炎,或成潰瘍.間或穿破致腹膜亦發炎.但腹外絞窄性赫尼亞.約因受累者係小腸,而其中尚爲液體物,故少見此等患. 若係慢性絞窄性赫尼亞,約因糞積多,並大腸桿菌發作,亦能令腸成壞疽. 在被絞區下之腸,因腸之蠕動停止亦可略成同樣之改變.但較輕耳.若網膜被絞窄.先則充血而紅或紫.久則被淋巴浸潤致粘成一塊. 若囊內無腸,且網膜與囊壁相粘着,則網膜不至壞死.因血循粘着組織以滋養之,赫尼亞可因此而自癒.不然則網膜成壞疽.亦變灰或褸色而爛.但非受腐菌及腸內物所染則無惡臭.

赫尼亞之囊約積液而漲.初起係漿液性亦或帶血.後則混濁不清.終則色變深褸或黃綠.且甚惡臭. 亦有囊因動靜脈同時被絞甚緊而無積液者.如此則早成壞疽. 初期囊之襯膜不甚受累.迨後因囊內物發炎則較甚.且因菌之作用加增.則該膜發炎終成壞疽.隨則皮及其鄰組織皆受累而水腫.終則因腐崩而成假肛門或自癒. 解開絞窄後雖未至成壞疽.然因腸壁之血循環暫停則仍有危險.蓋血管壁欠血而受害或致腸發炎.且腸壁無抗菌之力或致成穿破或壞疽也.

症狀 絞窄之狀尋常明而易見.故鑒定不難. 全身之狀與急性腸梗阻狀無異.即病者用力時忽覺甚痛.其痛先發於赫尼亞處.或映射至臍.且顯休克之狀,即發暈,脈搏慢弱,體溫較低,皮發冷汗等.不久則嘔吐.所嘔者初似胃中陳食.繼則色如膽汁.終則與糞無異.嘔吐時則痛加劇.甚致映射全腹.且腹膨脹而有觸痛.叩之有鼓響. 因痛及嘔,並飲食不進,且腸生之毒素吸收入血等,故體力衰竭. 大概大便甚秘結.但由被絞區下之腸或仍能排除糞與氣. 在將成壞疽時,體温降而痛止.脈搏速弱而

間歇.面立形消瘦.週身出冷汗.隨則呃逆.終則因血中毒,或起急性瀰漫性腹膜炎而致命.

第四百二十七圖

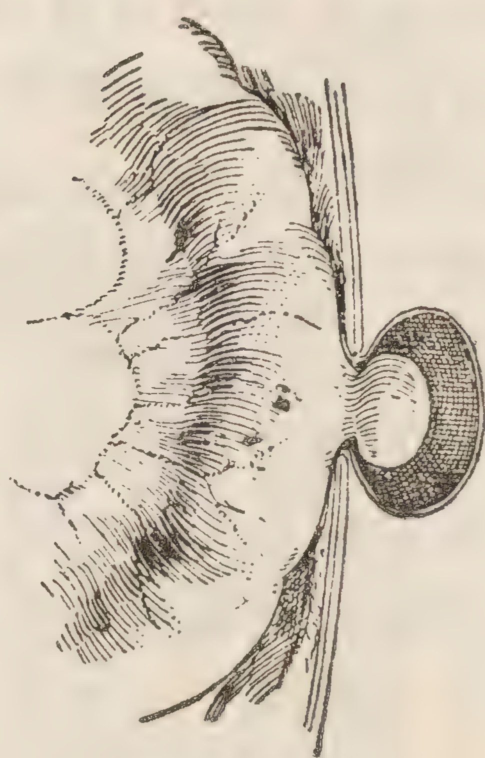


Fig. 427.—RICHTER'S HERNIA
利什透氏赫尼亞

局部之狀.赫尼亞初顯腫團,或腫團忽增大不能復回.捫之甚緊張而痛.咳時無觸跳.若累及小腸,則赫尼亞圓而硬.若累及大網膜,則略軟而似麵團.既成壞疽,則囊之緊張見鬆,而痛亦止.遮蓋赫尼亞之皮色深紅而水腫.至壞疽狀顯出則皮色黑而軟.按之或顯氣腫. 病者若不死,則壞死之組織脫落,自成假肛門.或醫者施手術使成人工肛門.囊內化膿者罕見. 間有症狀較上畧輕者,雖其腸亦成壞疽,然無上述之劇烈血中毒狀.曾有一人雖適値成壞疽之際而仍能步行就診.自云除稍覺痛外無何不舒.

若腸壁祇有一份被絞.(名利什透氏赫尼亞).(第四百二十七圖).初期之症狀較腸之全蟠被絞者畧輕.但後來甚重.此等絞窄多見於股赫尼亞.迴腸最多受累.若腸周之小半獨被絞.初起腸不全梗阻.故氣與糞可流行無阻.但腸周之大半被絞.則腸糾搭或難致完全梗阻.此等絞窄嘔吐較他等畧輕.且罕有吐糞者. 腫團雖小,但硬而甚痛.雖詳查腹股溝處亦難免疎漏之.迨施手術或死後剖檢始克決定.豫後不佳.一則因診斷不易.一則因絞窄甚緊.其致命之故,多因穿破而累及腹膜發炎,或手術時腸誤受傷而致.死率爲百分之六十二.而他類絞窄性赫尼亞之死率祇百分之三十五.一千八百九十二年至九十七年.倫敦皇家大學醫院中治各種絞窄性赫尼亞.百人中死者祇有十七人.

獨有網膜被絞者罕見.其狀不清甚難辨明.若於平常患赫尼亞之處見有一軟閉作痛.兼有觸痛.且其所吐之物含有膽汁.大便亦顯秘結.均令人意及係網膜獨被絞也. 若腸不糾搭則症狀仍不清顯.且不至吐糞之地步.但患日久腸之蠕動停止.則腸必被梗阻或起瀰漫性腹膜炎. 雖被絞之網膜不至腐臭.然有時鄰近之腸被扯而血不能循環如常.故大腸桿菌經腸壁而入囊致起染性炎.

治法 分二類.即赫尼亞還納術及手術是也.

(一)還納術 Taxis. 還納赫尼亞時須小心輕手為之.因被絞之腸已充血最易破裂也. 先令病者躺臥於床將頭墊起.大腿畧屈俾腹肌弛緩.用此手握穩赫尼亞底壓之令血管之血散開.則赫尼亞縮小.又用彼手指令近赫尼亞頸之段先復回.還納之方向須循赫尼亞道.腹股溝赫尼亞須向上外後壓.股赫尼亞須先向下內壓使入股管,終則壓向上後.若先將股屈而畧轉向內,可令卵圓孔之緣放鬆,而赫尼亞復回更易.臍赫尼亞須獨向後壓.

曩昔對於此術恐有時施行不善,致腸破壞或系膜被撕.邇來以手術治者較多.其效亦甚佳.因如此外科士可明見被絞之腸如何.不致誤將壞死之腸還納腹內也. 還納之指徵.即赫尼亞甚大而被絞之狀不急,且從前曾用此術而得效果者.若係腹股溝赫尼亞尤然.若先敷熱濕布半小時後敷冰囊可大助還納.甚或能使赫尼亞自行復回. 還納之反徵.即被絞之赫尼亞小而緊張,(股赫尼亞尤然),或急狀驟起或早現,或赫尼亞一起即被絞窄,或絞窄已久而嘔糞等.對於已決定施手術者,而於施迷蒙藥之後猶可試行還納術.

還納後症狀仍不消退 有時醫士還納赫尼後症狀不見消退.(即痛嘔大便秘結等狀).其故如下: (一)腸之絞窄

段釋放後成染性壞疽.致患腹膜炎或血中毒而死. (二) 腸之絞窄痕成潰瘍而破裂. (三) 症狀非由推回之赫尼亞而起.乃因腹內他處被絞而致. (四) 有時絞窄非囊頸所致,乃囊內綱膜有一裂,腸穿此裂而被絞,還納赫尼亞入腹時未解放其被絞之腸.故絞狀不退. (五) 若腸另有扭結,恐還納時而扭結仍未解開. (六) 有時赫尼亞囊有一憩室,或囊成窄腰葫蘆形,致將囊下段之物推入上段. (七) 有時赫尼亞囊及其所含之物俱壓入腹壁下或腹肌之間.此因醫者用力過度所致.然絞處未解.如此者雖赫尼亞逐漸消散,然無復回之特殊咕嚕響. 若係腹股溝赫尼亞,以指探入腹股溝管則覺其管之上端有一圓團,可知其赫尼亞並未回入腹內也.在股赫尼亞有時亦然.但少見之.且任爲何類赫尼亞.雖當時似已復回.然未幾仍復脫下.

對於此等情况須謹愼加意察明其故. 對於嘔吐須察其所吐之物及吐之次數.有受迷蒙藥後吐者.然所吐之物速無糞質.且其狀畧較輕.若病者仍吐,而有一處常痛,且大便內雜血或粘液,諒因腸復回後發炎所致. 此外必以指細察患處.或有能捫之腫團. 若仍未察出.則須察平常出赫尼亞之他孔.倘仍未得實據.則宜割開所疑被絞之處而覔之. 若仍未見赫尼亞囊則無他法.須剖腹檢查之.若係腹股溝赫尼亞,須將已割開之口向上外延長以察腹內. 若係股赫尼亞,莫妙於腹壁另割一口. 若係臍赫尼亞,祇將囊與腹膜腔之通孔擴大而已.

(二) 手術 若確知腸已被絞.則施手術愈早愈妙.若躭延一小時,恐其豫後不佳. 須先潔淨患處.用灌洗直腸法使腸之下部空虛.且以水洗胃. 施迷蒙藥不可不小心.病劇者用局部痲法,或脊髓痲法更妙. 割一合宜之口露明赫尼亞囊.大都囊緊張而易認.須先將囊四周之組織剖離.然後精心開囊.因囊所含之液有時甚少居於囊腸之間.故開囊時宜愼,免傷其腸.囊內

液既已放出.醫者宜細察腸或網膜如何.遂尋覓被絞之物而以赫尼亞刀截斷之(此刀形彎而頭鈍.其刃之長祇四分之三吋.若無此刀.則用平常鈍頭彎刀亦可).割時以食指將腸壓向一側以免受傷.又將刀平入狹窄處再仰其刃而割斷,畧割二三處較妙於深割一處. 隨謹慎將腸扯下.視其受絞處如何以定其應否復入腹內.

(甲)若腸雖充血而無壞疽形或破處.則令其入腹內無害.然有不易者.因有多液滲入其壁,致壁堅硬故也.若此者宜用指久壓使液略散則腸庶可復回.但用手壓腸宜輕輕爲之.因腸已被絞充血而其壁較弱於常也. 若有大網膜.須截除或還納乃視其情况而定.還納後宜施赫尼亞斷根手術.

(乙)若腸被絞較劇未敢定其日後如何.須以溫鹽液洗之.詳視有何改變. 若不久腸色變鮮則仍有生活力.可還納腹內.但須特別注意腸之絞窄區. 若仍有所疑.須還納而使之適居腹壁下.置一大引流管直達至腸.但無須固定其腸.因腸已發炎而癱瘓日後無動能也.若服鴉片小劑則腸尤不動. 如此雖日後成壞疽或穿破.則已有其內容之出路.且漸發限局性組織形成性腹膜炎以隔開腹膜腔. 亦或成糞瘻.然日後約自癒合.

(丙)若洗以鹽液後腸色無改變,或雖變鮮而仍有損壞或壞死之區,或有大腸桿菌之臭味,則絞窄之腸蟠或完全或一份必死.是以治療之須先引流其腸.然後截除損壞之區而施腸吻合術.

立時施腸截除及吻合術則不合宜.蓋腸絞窄處以上充滿分解而有戟刺性之糞質.若此糞質經過甫縫之處必致受害.如此須割斷絞窄物至足將窄處以上之好腸牽下.則用敷料掩護周圍之組織.以套管刺入緊張之腸蟠容氣及稀糞由管而出.後則開大其腸以便將橡皮引流管置入腸至過窄處.遂縫定之.留

之數日以便排液.俟流出之物較佳始施腸截除及吻合術. 此約須開腹行之.既保護所露之粘膜.可將受累之腸蟠由腹內向上牽.則便於割除欲成粘着之部分而施吻合術.

若絞窄之腸蟠完全成壞疽.且囊已被染而發炎.只須將窄處割斷.然勿解鬆赫尼亞頸之粘着組織,且割除已死之腸.而置大引流管縫定之爲使稀糞流出. 過數日腸內虛空.可剖腹由腹內將腸剖離而施腸吻合術.

善後療法.最爲緊要.病者宜靜臥二十小時不可飲食.若甚口渴則用冰或熱水少許解之.若患處不痛不必服鴉片免腸更癱.但痛甚者則用赫羅印少許注射皮下. 越一日可用液體食品.症狀若漸好不必服瀉藥.約自行大便.倘至五六日無大便.宜服蓖麻油一劑.

手術後之併發病. (一)嘔吐.約因迷蒙藥所致.所吐之物速無糞質.若用洗胃術嘔吐約止. (二)腸癱瘓致大便秘結若無腸炎之據,可服瀉藥,或用松節油灌腸劑. (三)有時腸被絞段或絞處以上發急性炎.如此則有局部痛.大便下粘液.或多致瀉.且病者仍嘔吐.然無糞質. 須服鉍劑和哥羅顛 Chlorodyne. 而禁用固體食物. (四)雖解絞窄時腸似無病.然因腸壁已受染.故復回腹內則成染性壞疽.致腹膜發炎而死. (五)間或腹膜起急性膿性炎.因腸被絞之處成小潰瘍或穿破.如此者甚危.須立時開腹覓受累之腸蟠.果得之則割除.再施吻合術.或將壞腸縫於腹壁之割口.並開其腸而置引流管引出廢物.其腹膜腔依上述之法處理之. (六)限局性腹膜炎.固有護庇之性以防炎延至腹膜腔.但炎處之腸有時潰破.而致限局性化膿.故須早設法放膿.然日後約有糞瘻之憂.

各種絞窄性赫尼亞詳細之狀不克縷述.現祗取其最要而常見者詳論之.

絞窄性腹股溝赫尼亞 Strangulated Inguinal Hernia. 多於囊頸近腹股溝皮下環處被絞窄.大約因此處組織變窄所致.

症狀多半明而易見.但若有未降之睾丸於腹股溝管發炎.每易誤認爲絞窄性赫尼亞.其不同之點係嘔吐畧輕.大便不結.並無睾丸居於陰囊.捫腹股溝之腫處則有似壓睾丸之痛.若二者同時而發.非割開檢查之不能辨明. 精索扭轉.致睾丸被絞.其狀與赫尼亞被絞相似.然查其病歷及詳慎捫診之卽可鑒別.手術與赫尼亞斷根手術畧同(見九百三十四面).須割斷腹外斜肌以敞開腹股溝管約足還納赫尼亞.然須先開赫尼亞囊以檢查其腸. 若仍絞窄而不能還納.須將其絞窄物直往上割斷.赫尼亞日久者係直類或斜類難以鑒定.然若直往上割斷約不傷及腹壁下動脈.

絞窄性股赫尼亞 Strangulated Femoral Hernia. 入囊而被絞者腸較多於網膜.腸半絞之患或名利什透氏赫尼亞,多見於此處. 近卵圓孔有一緊張而痛之腫鬧.與淋巴腺炎,或大隱靜脈炎.難以鑒別.若囊內惟有網膜則更難鑒定.然若細察病歷及症狀.大約足以鑒定. 絞窄多半在陷窩韌帶處.故手術時須直向內始能將此韌帶割斷.輕割二三處較勝於大割一處. 因有時有異常之閉孔動脈循此經過,恐重割而傷及之也.若用赫尼亞刀後而血出甚多.則知此閉孔動脈受傷矣故須先將赫尼亞還納.再將腹外斜肌適在腹股溝韌帶之上割斷.後則尋覓該動脈之兩端而縛之.若絞處甚緊.難容引針過陷窩韌帶與腸之間則須由外割斷絞窄處.

絞窄性股赫尼亞成壞疽較腹股溝赫尼亞者約多三倍.(股赫尼亞居百分之十九.腹股溝赫尼亞居百分之六).

股處若患一利什透氏小赫尼亞.醫者初或不識而以爲急性腸梗阻.至開腹治之則始辨明.如是者勿用力將腸扯出.免腸

破裂致糞流入腹膜腔.須先由外割至赫尼亞處.再開其囊割斷絞窄物.遂外壓內扯.謹慎解赫尼亞之絞.而察腸之情形壞否

此等絞窄性赫尼亞強半有變成壞疽之趨勢.故先用泡耳氏管排液.日後施腸吻合術.

第三十七章

腸梗阻

INTESTINAL OBSTRUCTION

腸梗阻 此係糞阻於腸內而不能行動也. 若因腸絞窄或糾搭而致.則腸兼欠滋養致該處易成壞疽. 腸梗阻最顯之狀列下:

(一)**糞屯積** 糞雖停於腸內七八日之久.除略中糞毒外與病者無大害.是以梗阻之烈狀非獨因糞停於腸內而致.然其關係匪輕.因糞久存於腸內分解而成液體,致腸充滿甚臭之液體物,一則因細菌之作用,一則因腸壁充血而排出許多液也.若腸未全梗阻,則糞化爲液能經梗阻處瀉出,故人可暫安.而全梗阻則不然,乃有多廢物積於梗阻處以上,致大中毒而死. 且糞分解時則多生氣致腸發脹,名鼓腸.凡患梗阻者每有此狀.若腸系膜大受累此狀更顯.嘗有人用畜試驗證明此狀係由網膜間之神經受壓所致.

(二)**腸蠕動加增** 爲催腸內之物使過梗阻處,故有痠痛.有時蠕動之壓力太甚,致腸脹過度,發炎而破.遂起穿破性腹膜炎而死.

(三)**嘔吐** 此爲常有者.初起獨吐胃物.後則兼吐膽汁.甚或吐糞. 原因尚未查悉.或謂係腸反蠕動而起.或謂係腸平常之蠕動令腸物重壓梗阻處,致其反流而起.然梗阻處若在結腸下段,豈能使糞反流耶.此則難以解明. 無論如何,神經系統苦

大有關係,蓋被絞任爲綱膜或腸均有此狀也.因小兒及婦女之神經系統易受激刺,故尤易顯此狀.小腸受累則嘔吐尤甚.凡加腸蠕動者亦令嘔狀加重.

(四)神經症狀　受累之腸蟠癱瘓.且顯數種反應之狀.急性梗阻者立顯休克.越片時卽過.後則顯血中毒致精力虛脫.若有激反應之嘔吐及呃逆是爲不佳之兆.而呃逆尤險.至終期腹膜炎所致之腸癱狀更爲顯然.

(五)傳染之狀　遲早毒菌攻腸壁.此因腸壁癱瘓且無血榮養而不能抗菌也.是以急性染性壞疽多見於腸絞窄性梗阻.若腸梗阻而血榮養未欠.則菌鮮能作害.惟一小區潰爛或穿破而已.若已患急性染性壞疽,則腸壁自有烈性毒素發生速中周身致甚衰弱.

(六)傾命　除施手術外少有自能恢復者.傾命之故,或因穿破性腹膜炎,或因中糞毒,常痛,重吐,失滋養,組織欠水,等所致之衰竭.

原因　腸梗阻發起之故甚多.近來檢查之謂有八十種.但此處特論其二大類.卽力學性及機械性是也.

(一)力學性原因 Dynamic Causes.　此因腸壁癱瘓或痙攣以阻糞前行也.腸壁癱瘓者.（甲）由於急性染性炎,如腹膜膿炎,或闌尾炎等.（乙）由於腹內器官,如脾,或綱膜,或卵巢囊腫等扭轉.（丙）由於腸系膜血管被血栓所塞,或血栓形成,以致腸死.（丁）累及脊髓或周圍神經之患,如腫瘤壓腸系膜根是.腸壁痙攣者,由於慢性鉛中毒所致.

(二)機械性原因 Mechanical Causes.　此類最多:（甲）由腸被帶或系膜孔絞窄而致.（乙）腸糾搭於帶上,致腸腔閉而血循環停止.（丙）腸自轉而扭結.（丁）腸自摺入致成套疊.

(戊)腸腔被異物或糞梗阻.(己)腸因病而成瘢,或生癌則變窄,或被腸外腫瘤所壓而阻糞前行. 然有一分類之法較前更便.卽按症狀相同者分類.以下卽依此法分急性梗阻慢性梗阻及腸套疊三種.

急性腸梗阻 ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

原因 (一)腸被帶或粘着物或孔絞窄.(二)腸扭結.(三)異物嵌入.(四)腸糾搭.(此不多見).(五)急性腸套疊.(六)終成急性之慢性腸梗阻.(七)急性染性炎致腸局部癱瘓,如急性膿性闌尾炎是.(八)急性腸痙攣. 此數患惟前五原發性者所致之梗阻均兼欠血之害.故腸早有破潰之危.此爲腸梗阻之急狀也.

普通症狀 腸梗阻之狀皆與絞窄性赫尼亞相似. 病者偶覺腹似痠痛,映射至臍處.或隨用力時而起.或躺時無故而發. 兼有休克之狀,卽脈弱,面白,出冷汗,體溫較低等. 不久則精力或漸恢復.但其痛仍存,或加重,或減輕.終成恒痛. 隨卽吐嘔,先係胃物,後含膽汁,終係糞質. 腹充氣而脹.其輕重及多寡視患居何處而異. 速顯衰竭之狀,卽脈弱速而細,體溫較低於常,(但腹膜發炎體溫則升數度),面容儼若瀕死,腹脹而痛. 若不施法救治則病日重.七八日之內則因衰竭或穿破性腹膜炎而死. 尋常自起至終完全便結.連虛恭亦不能出.然有時糞在梗阻處以下可以排出,致有虛望. 茲將急性腸梗阻之各特種分論於下:

(一)腸被帶或粘着物或孔絞窄 Strangulation. (甲)獨立性腹膜帶或粘着物.多因慢性限局性組織形成性腹膜炎而致. 其式不一.其位無定.或細似繩.或寬似膜.或爲單獨性.或爲多數性. 最多者係腸系膜彼此粘着.或腸系膜粘着內臟.或

第四百二十八圖



Fig. 428 —STRANGULATION BY BAND

腸被帶絞窄

因盆內臟,如盲腸或闌尾等有病,或腸系膜淋巴腺發炎而致. 任因何故而起.右髂凹及盆受累者最多. 腸被絞窄之法有二.即腸穿於粘着帶下而不能復回,或粘着帶頗長而腸蟠套於其內也.(第四百二十八圖).

(乙)網膜所成之帶乃網膜繖形緣與腹壁或內臟粘着而致.初似寬膜.後因常受拉則成圓索形.此等帶較腹膜炎所致者粗大.其絞腸法與前同.惟腸蟠被套者較多見.(丙)若美克耳氏憩室 Meckel's diverticulum 之獨立端粘貼於腹壁或內臟,亦能起絞腸之害.最多乃粘着迴腸系膜或臍處之腹膜.有時該憩室之末端成索形,或連於臍,或浮於腹中,後粘於他物而成帶,則腸穿下而被絞窄. (丁)闌尾,腸脂垂,輸卵管,皆能與他處成粘着,有似弧或蟠形而絞腸. (戊)腹膜有隙或囊或孔,任爲正常或異常皆能致腸絞窄. 凡腹外赫尼亞及所謂爲腹內赫尼亞者,均係此類.腹內者,卽腹內容,如腹後壁之壁層所成之囊入小網膜囊內,或十二指腸空腸窩,或盲腸後窩等. 亦有大網膜及腸系膜有隙或孔,任係先天,或由損傷,或施手術時致者,皆可致腸絞窄.

症狀.此種腸梗阻青年較多於老年.四十歲以外患之者甚罕.在腹內梗阻類居四分之一.空腸之末二尺受累較多於他處.

起患之前有時腹膜已炎.然人不理會或不記之.病之絞狀驟然而起.初時腹鬆.捫之不甚痛.但至三四日腹膜發炎時捫之則痛. 捫其腹大約不覺其內有腫塊.亦不顯腸脹及蠕動之狀.有時一處略腫.捫之略痛.可指絞處何在. 大概病者患至五七日卽衰敗.或因腹膜炎之毒血病而死.

(二)腸扭結 Volvulus. 此爲大腸起急性梗阻最常見之故. 夫扭結者乃腸系膜根扭轉阻腸內之物前行,後則阻血循環,致腸被絞窄. 有時腸之彼蟠與此蟠相扭致起此患.最多在乙狀結腸.然盲腸及小腸間亦有之. 若乙狀結腸系膜較長而窄則尤易致之.其長窄或係先天性,或因慢性大便秘結致腸被牽下而成.蓋乙狀結腸滿糞而垂於盆內將其系膜扯長,而使該腸之二端相近,致畧阻糞前行也. 若此時腸動異常.恐乙狀結腸系膜扭轉而腸成扭結.不久乙狀結腸發炎而成粘着,則血管被壓,致血循環停止.終則腸成壞疽.且腸內之糞分解而生氣益增其害.

症狀.腸扭結在四十歲以內者少見之.男較多於女.其先必有慢性大便秘結之患.但其急狀乃驟然而起. 每覺痛.其痛時止時發.終成恒痛.捫乙狀結腸處亦痛.惟其痛,吐,休克,等狀較他腸絞窄者畧輕.腹因充氣而愈脹.甚至阻胸之動度而難以呼吸.亦間有裏急後重之狀. 常有限局性或瀰漫性腹膜炎隨之而發.患此病無自癒者.多有至五六日因精力衰竭及呼吸困難而死.或再延數日因腹膜炎而死.

(三)異物嵌入 Impacted Foreign Bodies. 有三種.即膽石,嚥下外物,腸石,是也.

膽石. 惟大者能致腸梗阻.約因石由膽囊潰入十二指腸也. 多嵌入迴腸下份. 患此者五十餘歲之婦人最多.或先祇有膽囊炎之病歷,然無膽石猝痛. 此等人間時發作腸畧梗阻之患.但服瀉劑即暫癒. 若膽石未出終則有急性梗阻之發作.驟然作痛.精力衰竭.嘔吐甚劇.經二十四至三十小時所吐之物變似稀糞.梗阻處有時未全閉故糞或氣亦能出. 腹雖柔軟,然膽石及受累之腸不能捫出. 症狀之輕重視嵌入何處而異.嵌入處愈近於十二指腸則愈烈.人多因腹膜炎,或精力衰竭而死.

腸石. 約近盲腸處被嵌入.其狀與大膽石嵌入相似.未嵌入之先其腸屢有痠痛發作.若人體瘦捫腹或可得其石.

(四)腸糾搭 Kinking. 乃腸之一蟠橫亘於緊張之粘連物上,使蟠之兩端受壓而閉,致血不能循環. 起初卽顯通常之急性梗阻狀.但有自瘉者. 腸驟然糾搭,如因粘連物收縮或憩室被扯而致者,亦能顯同樣之狀.

(五)急性腸套疊 (見下).

(六)終成急性之慢性腸梗阻 至成急性之際其時止時發之痛變爲恒痛.嘔吐較甚,且吐糞大便完全秘結.腹甚脹大.終因急性腹膜炎,或血中毒,致精力衰竭而死.

(七)有時急性限局性腹內之患,如闌尾炎,膽囊炎等,致起腹膜炎而令腸壁癱瘓,則患梗阻.有時梗阻狀甚急,且吐糞.然醫士若細問病之來歷,且詳查全身情況,則能鑒定. 下表乃指明急性腸絞窄與急性闌尾炎兼腹膜炎致腸梗阻之別.

	急性腸內絞窄	急性闌尾炎兼腹膜炎
初起	驟然起	未起之先患處或痛
寒戰	無	時或有之
體溫	先低於常至腹膜炎則升	先升高至力衰或中毒則降
疼痛	極烈臍處較甚	極烈右髂處較甚
觸痛	至腹膜炎始顯	早期卽顯於盲腸處漸漸延寬
嘔吐	早顯且急所吐之物速變糞形	不甚急吐物除末期外罕爲糞
腹壁	腹膜未炎則柔軟	自起初卽強硬

大約腸癱所致之梗阻乃由他患所致之腹膜炎而起.故炎狀先顯而梗阻狀隨至.譬如卵巢囊腫之蔕扭結.病者先覺痛.後

則囊腫漸大而有觸痛.若不治療則腹膜隨卽發炎.久之則腸癱瘓而急性梗阻狀顯矣.此時雖除去病根終難奏效.

(八)急性腸痙攣 Enterospasm. 此係官能病.常見於腦力不穩之人.卽腸之一段或數段有痙攣之狀.多見於盲腸或乙狀結腸處. 若係急性類或顯急性腸梗阻之狀.與腹膜炎者甚似.但多見者係慢性類.致有恆久之大便秘結.有時闌尾顯有觸痛.嘗有誤認爲闌尾炎而割除闌尾者.但終不見效. 最妙者用鎭痙藥,如貝拉朶那類.用瀉藥無甚大益.

診斷及檢查法 (見下).

治法 除剖腹外無他善法. 腸之情形與絞窄性赫尼亞同.雖有用服藥等法而獲瘉者.但多半因用此等法躭延手術.更增此病之危險.且因躭延過久尤增開腹之險;故開之愈早愈妙.

手術預備之時先用灌腸劑冲去梗阻以下之物.又令病者口含冰,並服鴉片一小劑以減其痛.

施此手術之要義有二: (甲)除盡脹腸內之物. (乙)除其梗阻之原因. 乙最爲重要但腸雖使通暢;而腸上段內之物未除亦無大益,因毒仍被吸收而中血也. 有云凡因腸梗阻而受手術者;若手術後而腹仍脹,則非完全之療法. 是以對於多數病案須先於脹腸作一人工肛門以放腸內之物.迨後則覓梗阻處治理之. 無論用何療法死率甚多.倘梗阻處不易尋得.須先作一人工肛門而放腸內之物;其效較大於僅尋梗阻處而治理之也.

病甚急而病者之腹脹亦甚烈且吐糞者.若用全身麻醉術危險甚大.因吐糞時呼吸易停以致殞命.故須用局部麻術,或脊髓麻術. 若料梗阻在小腸須在臍下白線處割一小口.先見之腸蟠以指取出.用紗布護其腹膜腔.再用大套管放出腸內之氣

及糞.於是開大其腸口.用泡耳氏管插於腸內.以線縫穩於腹壁.令糞漸漸自出.若梗阻在大腸須施盲腸成口術.(見八百七十六面).俟後則處理局部之損害.施術之先或當時宜用溫水洗淨其胃.

病較慢者先洗淨其胃.然後施以迷蒙藥.令病者仰臥.頭勿低於胃.免胃內之液體湧出.以致窒息而死.在臍下白線處開腹以覓腸之梗阻處.先於易成赫尼亞之區視有梗阻否.隨即捫右髂凹查盲腸脹否.若脹,則知梗阻在其下.若塌陷,則知梗阻在其上.若梗阻在盲腸之下則查其乙狀結腸倘塌陷即循結腸向左曲而查之.若盲腸塌陷則將小腸輕輕取出逐一察之.隨察隨送入腹內.察時必須以熱布蓋未察之腸.如此爲之遲早必尋見梗阻處.即依其情形處理之.

若網腸或腹膜有粘着組織帶.先以線縛妥.再從中剪斷.若闌尾有病,或有美克耳氏憩室,均須割除.腸扭結者多不易解,因腸與腹膜粘着也.若係大腸宜將扭處取出腹外作一人工肛門.異物梗阻者則將異物擠往上或往下至無病之處.在正對系膜之腸壁開一縱口取之.再以連字氏 Lembert's 縫術縫合其口.小腸扭結或成壞疽者.須用腸截除術將壞疽段割除.然最要者乃用排液法除淨腸內之糞.故莫如作一暫時人工肛門.俟腸內空虛然後施吻合術.

慢性腸梗阻 CHRONIC INTESTINAL OBSTRUCTION

原因 甚多.按解剖學可分三類:(一)腸內之患如糞及異物等嵌入是.(二)腸壁之病.如腸狹窄或生腫瘤致腸蟠彼此粘着,或系膜淋巴腺有病致腸縮窄或斜搭等.(三)腸外腫瘤及瘢性帶使腸受壓.

一般慢性腸梗阻之原因,糞嵌入及癌患二者居多.

普通症狀　大便秘結,日久加甚.或結瀉輪流,因糞屯積而分解激刺腸粘膜發炎所致.　間有時現較劇之狀.即疼痛,痠痛.嘔吐.大便完全秘結.因不消化之食物及糞成塊而嵌入其腸.或粘膜皺襞橫列於腸腔內而成瓣,尤助成梗阻.　腹漸脹大.腸之蠕動可由腹外面見之.　過片時若腹自瀉.或因藥而瀉.則症狀卽退.　至終則有甚劇之發作久留而不退.若不及早治療則因精力衰竭或穿破性腹膜炎而死.　慢性腸梗阻其嘔吐之狀較急性者爲輕.但至末期病極烈之時恐其吐糞.　腹脹多少不定.叩之有空響.其凸之方位視梗阻在何處而有差別.若在結腸瓣以上.其凸卽在腹正中.若在直腸或結腸下段,其凸卽在腹之兩側.　若病者體瘦腸蟠之凸形及蠕動可見於腹面.　若係良性狹窄所致之梗阻則不能捫得腫鬩.由惡性腫瘤起者而腹又不甚脹.其腫團或可捫之.

糞嵌入 Faecal Impaction.　此惟中年婦女有慢性大便秘結者多患之.多在盲腸及乙狀結腸.亦或在橫結腸.（第四百二十九圖）.　以指捫之覺有軟團如麵.或硬如石.其面凸凹不平.且因此處發炎故捫之覺痛.　因腸壁之毒吸收入血,故體溫較高,且或寒戰.　急性症狀未顯之先身體日久不爽.厭食.呼氣臭惡.舌穢.以指由肛門察之有堅硬之糞.

他原因（如腸狹窄）之特狀前已論之.

診斷　雖不難辨認,然其確故不易查明.　宜按後述之法詳察之.或能定其梗阻何在並係何類.

第四百二十九圖

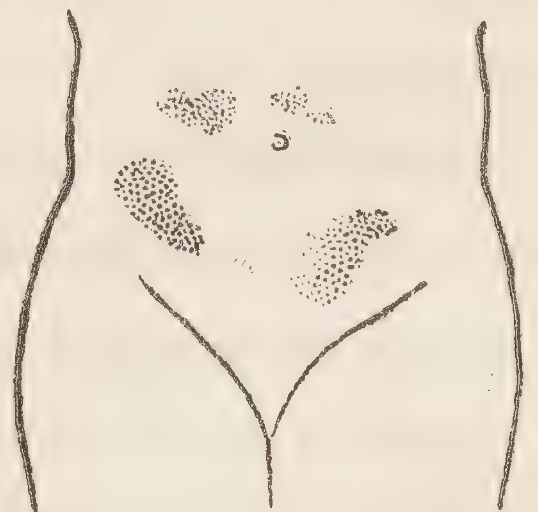


Fig. 429.—DIAGRAM TO INDICATE THE USUAL SITES OF FÆCAL IMPACTION VIZ. THE CÆCUM, TRANSVERSE COLON AND SIGMOID

腸被糞嵌入之常處卽盲腸橫結腸乙狀結腸.

治法 因慢性梗阻之故不易辨明,故治之殊難.但必須辨梗阻處在小腸或大腸.因腹脹及症狀畧有不同也.(見八百六十八面).

病不甚急者令病人躺臥.僅食液體食物.以貝拉朵那調小劑甘汞服之.且每日以水灌腸二三次.灌時令病者作膝胸貼床姿式,或向右側臥,而墊高其盆爲妙. 鴉片及瀉藥不可用.蓋恐病者於未就診之前已多服瀉藥也.若服鴉片,其痛及吐雖止,而病之實際俱爲所蒙蔽而不顯. 若初起症狀甚急,或用姑息療法無效時,宜決定其可否施手術. 若梗阻在小腸,須依療急性梗阻法剖腹治之.若得其梗阻處,卽將其上一段之腸拉出開之.再將泡耳氏管縫於腸內令糞流出.除腸絞窄外須俟急狀已退始處理病原.

若症狀甚危,而梗阻處不易尋得,任何脹腸之蟠均可牽出開口以放糞.至於多容腸蟠露出以便尋覓梗阻處則不甚佳.

若梗阻在大腸之乙狀結腸以上之份.須先施盲腸成口術.俟後截除其患區.(見八百七十六面). 若梗阻在直腸或乙狀結腸.則須於左髂處施結腸成口術. 倘不知結腸何處梗阻.則須施盲腸成口術.

慢性腹膜炎所致之梗阻.若腸彼此粘着成一塊無法解之.則除灌洗直腸與揉揑腹外無他治法.大抵詢明病之來歷.卽足決定梗阻爲此類.可免手術之徒勞.

糞嵌入者宜常以長管灌洗腸.並服貝拉朵那及甘汞.若直腸內有堅硬之糞塊須攪碎而取出之.

腸套疊 INTUSSUSCEPTION

此係腸此截套疊於彼截.(第四百三十圖).除病者將死之際腸亂動外,其套疊每係上截摺入下截.(第四百三十一圖).上

截曰套入部.下截曰鞘部.故腸套疊可分三層.（I）鞘層.（II）返層.（III）入層.非獨腸套疊,即系膜亦有一小部隨之套疊.其大險乃因系膜之血管被阻致成壞疽或腸穿破等.再者腸或被梗阻.一則因系膜受扯,致套入之腸腔變扁而成裂形.一則因腸粘膜充血而腫.一則因未化之食物嵌入也.大約腹膜隨即發炎,因腸壁受傷而大腸桿菌乘機侵入也.若炎不甚闊,則只套疊不能復回,因返層及入層彼此粘着也.然若有潰瘍或壞疽,則起瀰漫性腹膜炎而死.倘套入處上之腸膨脹.若係慢性則成糞積性潰瘍.

第四百三十一圖

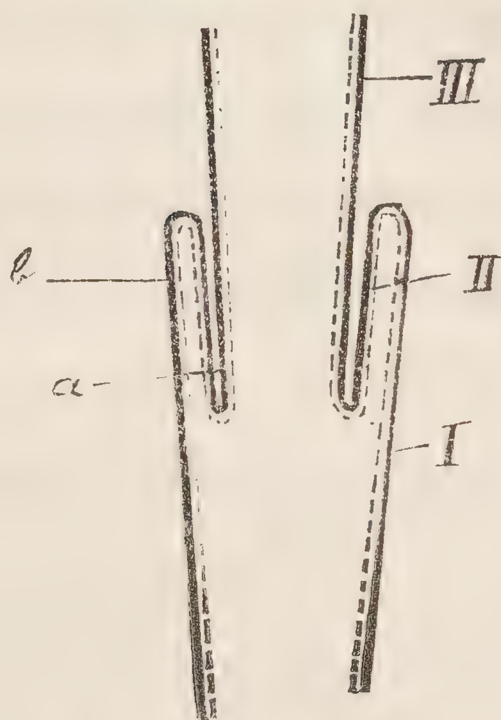


Fig. 431.—DIAGRAM OF INTUSSUSCEPTION
A. Intussusceptum. b. Intussuscipiens.
I. Ensheathing layer. II. Returning layer. III. Entering layer.

腸套疊之圖式

a 套入部　b 鞘部

I 鞘層　II 返層　III 入層

原因 多因腸蠕動不規則或過度,或由激性食物,或息肉,或惡性腫瘤,或蟲,而致.亦有因糞堅硬而致者.有云損傷亦可致此,如腹被打,或猛跳等.然亦有不易查悉其故者.

腸套疊之位置 大約有四:（一）迴盲腸類最多.居百分之四十四.係迴腸隨結腸瓣入結腸.其所入之頭乃結腸瓣所成.因廻腸最活動,故其套入較長,甚或套至肛門外.（二）小腸類.居百分之三十.多係空腸之下段受累.此套疊常不甚大.（三）結腸類.居百分之十八.無論結腸直腸之何處俱能患之.但因結腸固定而不離位,故套疊亦不大.（四）迴結腸類.居百分之八.係迴腸套入結腸瓣.該瓣初在原位.未幾則偕盲腸隨迴腸

套入升結腸.除此種外凡腸套疊之患均係返層牽鞘層而套入.故所入之頭常不改易.惟迴結腸類初則迴腸漸套入結腸瓣.但漸漸停止.厥後按返層牽鞘層之常法而增長.剖屍時有時見腸套疊.此因臨終時腸之蠕動紊亂而然也.但因無發炎之狀,並因腸反蠕動而成反套疊,且因套疊有數處,故可認明.

症狀 視其性之急慢而有不同.

急性套疊 Acute intussusception. 多見於二歲以下之小兒.此類小兒患腸梗阻病多因腸套疊所致.驟然而起.腹有定處甚痛,漸映射至全腹.且嘔吐.然較急性腸絞窄之嘔吐畧輕.且含糞較少.大便未全秘結.多作瀉而兼有帶血之粘液.或兼有裏急後重.然不下糞.不久則腦力虛脫.病重者二十四小時以內即死.畧輕者或延至一星期.則因衰竭或腹膜炎而死.察時除急性腹膜炎外則不脹.捫之亦不大痛.強半可捫其套疊處似長圓腫團列於套疊之路.因系膜被扯則畧成曲形.若係迴盲腸類.則腫團橫列於骨盆上緣.由右髂處而向左.因結腸被扯往下.故捫右髂處則似虛空.亦有腫團能移動者.醫士宜用雙手診察法細察直腸與腹.若施麻醉劑查之更妙.

間或自瘉,或因自行回復,或入層與鞘層相粘而套入之部脫腐,但脫腐後恐成纖維性狹窄之弊.

亨諾什氏紫癜 Henoch's purpura 有時兼有套疊之患.患之者皮現紫瘢,關節疼痛,嘔吐,腸猝痛.(腸猝痛之故.大抵因腸壁出血).其各狀不依次序而現.故早顯腸痛者與腸套疊病頗難鑒別.或其病進行至成正式之腸套疊.則腸痠痛較久而劇.且有裏急後重,從肛門出血者.若於腹部捫得腫團,即可決定爲套疊患.

慢性套疊 Chronic intussusception. 成人較小孩多患之.其病之輕重不一.多由漸而來.病者自云腸痠痛時止時發.日久則時

止時發之痛更頻且延長.但止時罕嘔吐.大便時瀉時結.亦或有帶血之粘液雜於糞內.初期周身不大受累.日久則身瘦力衰.捫之其腹鬆弛而不痛.有時腸蠕形或顯於外.捫之或有腫鬩.其狀不若腸絞窄之急.乃似慢性腸梗阻,或亞急性炎之狀.有偶致急性腸梗阻,或腹膜炎而死者.然亦有患此日久.猶未查明其果否係腸套叠之患.

治法 重者因其身力極衰不易設法救治.但較輕而爲慢性者則可期其痊癒.

急性者用鴉片止其腸之蠕動以免套叠增大.再用氣或水輕輕由肛門灌入或可使套叠之腸復原.切勿用力爲之.灌時以手捫腹察其腫鬩減小否.其法即墊高病者之臀.用橡皮尿筩插於直腸內.接以橡皮管及漏斗.漏斗須高於腹二尺許.以水由橡皮管灌之. 此法若無效切勿耽延.須開腹以察套叠之處.試其可能使鞘層自腸上段捲下否.然多半不能.因鞘層與入層相粘之故. 若病者之力不大衰憊.可將套叠處割除而縫接其兩端. 倘病者甚顯休克.僅將腸縫於腹壁作一人工肛門而已.但此等法結局不佳若係小兒而剖腹.除以手復回外鮮有得救者.

慢性者豫後較佳. 因開腹之先罕認定係腸套叠.故少有用氣使之復原者. 有時用手技能使之復原.然尋常恐粘着太多,則宜將套叠之塊割除.而接其兩端,如此則結果頗佳.

腸梗阻診察及診斷

DIAGNOSIS AND METHOD OF EXAMINATION OF A CASE OF INTESTINAL OBSTRUCTION

醫者對於腸梗阻病之負擔甚重.因患此者若不設法治之越數日即至無救.故醫者不立即斷定而耽延之.則病者獲癒之機失矣. 此種病所忌者有三: (一) 瀉藥.因病者於就診前約

已多服之,且用之必增其痛及嘔吐.（二）鴉片初用雖大有止痛之功,然持續用之則必蒙蔽病之急狀,因其能使腸癱瘓,雖嘔吐因之而止,令人誤以爲瘉,究之病實增劇也.（三）耽延而不以外科術治之.因此而死較因本病而死者更多.若腸已全癱恐無法奏效.

診察此病之困難不少.必須依定序察之不可輕忽:（一）先必辨明其病係由腸梗阻所致.非係由大便秘結而起.由大便秘結者易出虛恭.周身不大受累.由腸梗阻者不然.乃氣不能出.腹痛.嘔吐,均足證明病甚劇烈.（二）宜辨明其梗阻係力學性抑或係機械性.已論於九百六十面.（三）須決定係急性或慢性.急性者,疼痛及精力虛脫起初甚劇,早顯嘔吐,腹有定處之觸痛,速顯衰竭等,均足指明腸壁有急性血管性損害.若不設法治之越數日即死.慢性者不然.係素患大便甚結.痛及嘔吐不恒有.但腸時或痠痛.察腹亦有資助.即急性者腸全癱而不蠕動.慢性者若未過久則腸蠕動現於腹面.

（四）辨明梗阻之部位及其種類.論梗阻之部位.宜注意下數項:（甲）若小腸上部受累.必早顯嘔吐.且劇而不止.所吐之物內含膽汁而不含糞.腹脹乃在胃及腹上部.腹下部或塌陷.早顯精力虛脫.且速加重.口甚渴.尿甚少或無.而梗阻處以下之氣或糞猶能排出.（乙）小腸下部或盲腸受累.氣及糞皆不能出.所吐之物惡臭.但罕爲糞.腹中部氣脹.兩側則否.慢性者腸蠕動甚顯.（丙）結腸或直腸梗阻.其狀約屬慢性類.雖在急性病.如腸扭結.其初期之精力虛脫仍輕.嘔吐緩發.所吐之物後或含糞.腹甚氣脹,而累及腹中與兩側.若腹之左側無氣腹,或可決定梗阻不在結腸左曲下.

鑒別梗阻之種類.約多依病歷.然常見者雖能定其梗阻之部位而仍不能別其種類也.檢查之秩序如下:

(一)已往之病史 Previous History. 須注意從前有無膽石疼痛,慢性大便秘結,限局性或瀰漫性腹膜炎,梅毒,痢疾等.若係婦人.或子宮有患否.

(二)現在之病史 History of Present Attack. 或驟起,或漸起,起有若干日.有無前驅之亟急性狀.

(三)最顯之症狀 (甲)精力虛脫.半因神經系統受反射性激刺半因血中毒所致.兼因嘔吐過多致身之液體減少.且門靜脈系統充血,故軀幹血管之液體不足.急性腸梗阻所顯之精力虛脫多係神經系統類.慢性腸梗阻所顯者多係血中毒類,故急性腸梗阻者早顯精力虛脫.在小兒尤然.而慢性梗阻者則精力虛脫緩顯. 梗阻處愈上而精力虛脫愈劇.此因腸上部與交感神經中樞最相近之故.

(乙)疼痛.係最顯之狀.多起於臍處.若小腸梗阻其痛較結腸梗阻更甚.痛之輕重在乎梗阻之全或不全.不全梗阻者其痛時止時發.全梗阻者痛連續不止.故急性腸絞窄之患痛常不止.但腸狹窄之疼痛乃時止時發.痛之輕重亦在病者易受感性之大小.凡能使腸蠕動之物(如食物瀉藥等)卽能致痛加甚.待腸成壞疽時始減.

(丙)觸痛.初期捫腹罕有痛.至腹膜發炎始有之.

(丁)嘔吐.腸梗阻約必有嘔吐之狀.其故已論於九百五十九面.梗阻若在空腸或迴腸之上部則不吐糞.但有時所吐之物色甚黑而臭極惡.若吐糞必因迴腸之下部或結腸被梗阻也.

(戊)大便秘結.幾盡有之.然有時不完全秘結.因梗阻下所有之糞尙能排出也.且將死或腸成壞疽時或糞亦能排出一次.

(四)體格檢查法 Physical Examination. (甲)先以望診法察腹有氣脹否.脹於腹中部則知係小腸.脹於腹側則知係乙狀

結腸或直腸受累. 又觀腸蠕動否.急性梗阻者罕有此狀.慢性者則有之.有時可見一腸蟠脹而凸起.恐梗阻卽在於此. 又細審呼吸時腹隨呼吸動否.又觀腹之兩側動度一致否;及有無腫團凸出. 且觀病者身體之胖瘦,並面容如何,以及躺臥之姿式.

(乙) 凡能出赫尼亞之孔須詳細檢察.更必察肛門及其陰道.

(丙) 以捫診法捫腹內有腫團否.或腹抵抗力加大否.

(丁) 用叩診法或有補助.

(戊) 用灌腸劑對於慢性類或有益.若梗阻距肛門不遠或祇可灌水少許.然不可專恃乎此. 灌多量水時須兼用聽診法若聽咕嚕響直至盲腸,則知大腸無梗阻. 有於此處用長橡皮管,以期此管經過乙狀結腸而洗之者.然此乃係徒然試細查直腸所有之皺襞卽知其管難以通過也.且若用膝胸貼牀姿式.雖不用長管亦可.

第三十八章

直腸及肛門之病

AFFECTIONS OF THE RECTUM AND ANUS

按解剖學以腸道下四吋 (10 c.m.) 爲直腸.外科家則以腸道下六吋或八吋 (15—20 c.m.) 爲直腸.即由肛門所能至之處也. 診察法有三列之於下:

(一) 指診法 Digital examination. 未察之先宜施瀉劑或灌腸劑.令病者左側臥.與診婦科理同.即用軟石蠟或肥皂以防其糞沾染甲下及甲根.厥後肛門及指俱抹以乏碎林以助滑入. 病者須用力下墜助指易入而不痛.且用雙手對診法.即一手之食指入肛門一手在病人腹下部捫之. 雖直腸病多在直腸下一吋半 (4 c.m.), 但恐有息肉或腫瘤居直腸上段.故宜並探及之.至於盆腔之壁尤宜探及之.

(二) 全手診法.有人贊成此法.但必手之極小者方能入之.

(三) 窺診法 Visual examination. 此法甚佳.用一直腸窺器,或窺陰道筒.令病者作剖會陰臥式,或俯伏如膝胸臥式.用第二姿式較佳,因腸及子宮離直腸而向前.後用兩食指指背相合入肛門,向左右前後張開,使括約肌暫行弛緩.再以直腸窺器入直腸.則空氣隨入致直腸脹開.用額鏡照之則益顯.有時因直腸皺襞蔽其上段可用鈎撥開或推於一旁.便可望至六吋餘.

亦可用乙狀結腸窺器 Sigmoidoscope. 以便窺直腸上段及乙狀結腸下段.該器係十四吋長之筒.外有畫痕.以便知探入之深淺.筒內有鈍頭塞俾其易入.旣入後則將塞撤出.此器亦有另帶使腸充氣及發光之件者.

先天畸形或名肛門不通 Congenital Malformation. Imperforate Anus. 直腸之發育係由上下兩截連合所成.上截爲後腸末端.原與膀胱相通.即所謂一穴肛.不久即分隔爲前後兩部.後部長入盆內與下截吻合成直腸.下截則係外胚葉在會陰處長成之凹.名曰胎肛門窩. 發育未成之故: (甲) 因無肛門窩或其窩狹窄. (乙) 因無直腸.(第四百三十三圖 A).或有之而發

育未全.或與鄰器官,如膀胱,尿道,陰道,等相通.(圖 B).

(丙) 因上下截不通.(圖 C). 常見之畸形列下:

第四百三十二圖

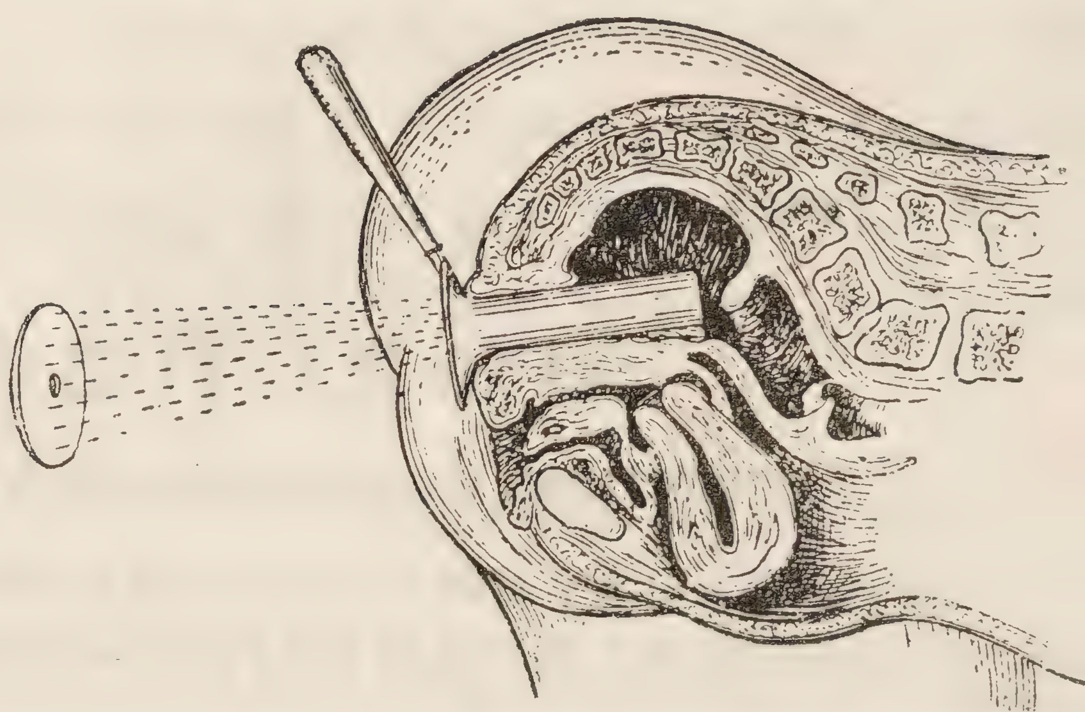


Fig. 432.—EXAMINATION OF THE RECTUM BY MARTIN'S PROCTOSCOPE

用直腸窺器窺診直腸

病者當作膝胸臥式入窺器時則空氣隨入.令直腸張開.遂用額鏡照之.其內容易見.圖中所畫直腸皺襞最爲顯明.

(一) 無肛門. 有無直腸不定.或直腸與肛門不正對. 最要乃决定其有無直腸.但非剖開會陰有時不能遽定.當小兒竭力哭時若肛門處有凸點則爲有直腸之據.果有之其末端脹大形如棒槌.前遮以腹膜.其下或亦然. 若無直腸其腸多止於盆上口.此下僅有一纖維性索而已.(第四百三十三圖 A). 且骨盆多萎縮.盆下口甚小.嘗有醫者用探子入尿道探之.探子與尾骨尖僅隔半吋(12 mm). (二) 上下截間在距肛門上約一吋處有膜隔之.胎糞不能出致壓下其膜.此類畸形較常見.(第四百三十三圖 C). (三) 有肛門.但直腸成爲盲頭.止於盆上緣或通於他處. (四) 肛門甚狹窄.

治法 降生後宜早治之以防腸梗阻. 若肛門狹窄.可每日用直腸探子擴張之而已. 若直腸及肛門間有膜隔之.可先用大套管刺過使胎糞外出.後用直腸探子擴張所成之孔使不復合.若無肛門,不論有無直腸之據,當自肛門之正中線處向上後剖入.沿骶骨彎平行,至二吋 (5 cm.) 深.至於宜否割除尾骨或

第四百三十三圖

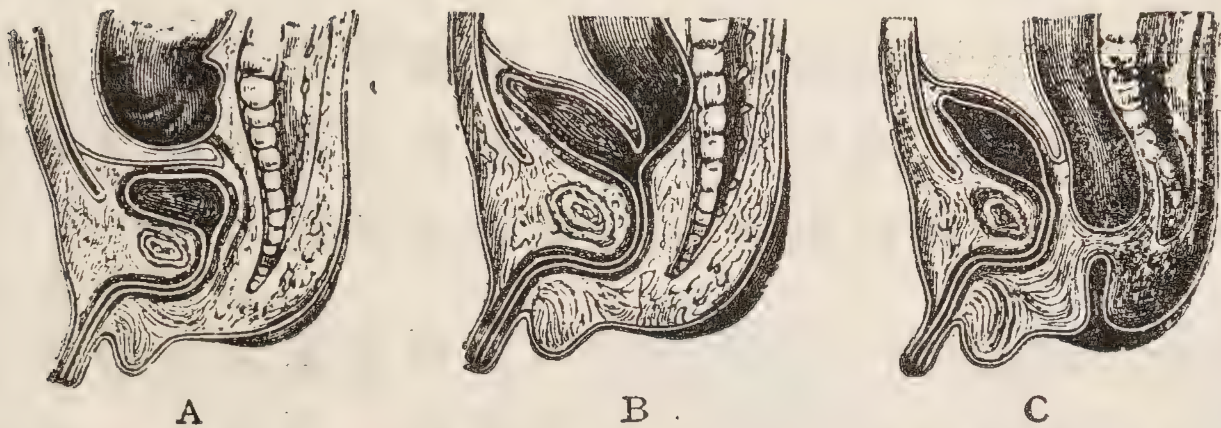


Fig. 433 —THREE VARIETIES OF MALFORMATION OF RECTUM

直腸畸形三式

A 其腸祇及盆而無肛門　B 亦無肛門惟其腸通膀胱　C 有膜隔肛門與腸

骶骨一塊(其法見後)則不敢遽定.因小兒之脊諸膜及脊髓較壯年人畧下.若獲得直腸末須扯下割開後面.將粘膜與周圍之皮縫合.以免該處生肉芽致日後有縮窄之患.若無直腸.可在髂處施結腸成口術.一備妥糞之出路.則通於他處(如膀胱等)異常之路約自閉矣.至於腦腸管種種畸形已詳於五百七十四面.

直腸損傷 Injuries of the Rectum.　約因顛仆被物(如木棍利瓷之類)所刺而致.亦有癲人以物插入而致者.或僅傷粘膜.或穿會陰入直腸,直過直腸上壁,致刺開腹膜腔.立即出血,疼痛,休克,若傷及腹膜則發急性炎.圍直腸組織亦或發炎.後或化膿而成瘻.宜用痲醉藥詳細診察.若能縫其傷處則縫之.不然則任其生肉芽而痊.若係婦女其直腸與陰道之隔或被刺開.無須急治.因傷口生瘢而痊合,則其通路自漸至關閉.若傷口長其邊緣無挫傷並未發炎.縫之亦可.若腹膜腔刺開.尋常須用開腹術令傷處潔淨,然後縫之.若傷口甚小,且當受傷時直腸虛空,須先以紗條塞其口使其發炎有限,待其發現炎狀始開之.若直腸周圍組織有併發病宜依法治之.若於戰爭時受劇烈之撕裂傷.有時須暫行結腸成口術.迨本傷痊合再將此口縫閉.

異物 Foreign Bodies. 最多係呑下之魚骨等,過滋養道至直腸,而距肛門不遠橫於直腸囊. 時常作痛.大便時尤甚.後或成直腸周圍膿腫. 有時大膽石停留於直腸下端括約肌之上.

若異物由外入直腸而傷之.則所致之炎狀不一:

直腸炎 Inflammation of Rectum. 顯有墜痛.直腸覺似漲滿.頻患裏急後重.常出粘液,或粘性膿,或血. 原因不一.或因直腸被外物,息肉,痔瘡,寄生物所激刺而起.或因淋病所致.在婦女或因陰道溢液所染.在男多因直接傳染及患痢疾.非但累及結腸.亦或累及直腸致成闊大之潰瘍.若炎變成慢性或致直腸狹窄.

治法.用醋酸鉛和鴉片洗劑 Lotio Plumbi c. Opio, 或硼砂 Borax 液灌入直腸洗之.病者宜靜臥.食液體食品.服輕瀉劑.或用灌腸劑俾逐日下糞.若出血多宜用哈馬美利 Hamamelis 液止之.

蟯蟲 Thread-worms. 為小兒直腸受激刺最常見之一患.肛門瘙癢.且流粘性膿.亦有數反射之狀. 治法每早宜服瀉藥,如斯坎摩尼亞(士金無年)散劑 Pulv. Scammonii co. 以鹽液或苦木(瓜沙)浸劑 Quassia 灌腸.倘無效,蟲約居於盲腸或闌尾.則須服散妥寧(山道年)以潔淨腸道.

埃及血吸蟲 Bilharzia Hæmatobia 此蟲雖多在尿道.然有時亦見於直腸使直腸壁生乳頭狀息肉.蟲卵易在息肉中查見.形圓或卵圓.與在尿內之卵不同.因尿內之卵其棘在一端.而在直腸之卵則棘在旁側. 此患能令裏急後重,腹瀉,出血.有時血出甚多,以致於死.若尿器兼患之更劇.多見於挨及國.他熱帶地方亦或見之.若以酒石酸銻鉀灌洗直腸可毀滅生活之卵.然該息肉仍存.除截除受累之粘膜外無他法.

直腸及直腸周圍化膿 Rectal and Peri-rectal Suppuration. 其類不一.多致直腸成瘻.或由直腸而起,如外物嵌入,或潰瘍蔓

第四百三十四圖

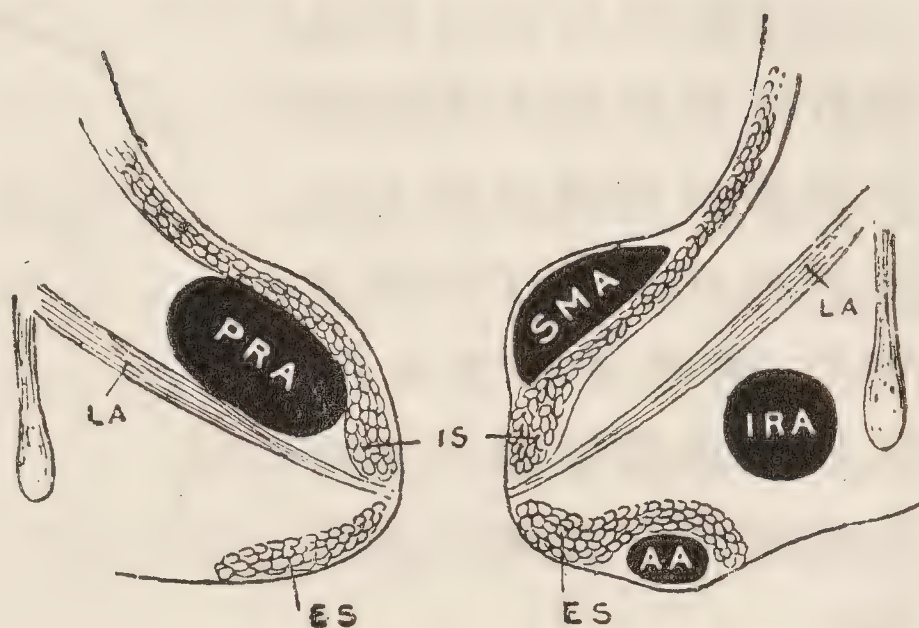


Fig. 434.—DIAGRAMMATIC SECTION OF ABSCESSES SITUATED NEAR THE LOWER END OF THE RECTUM

肛門附近膿腫之圖式

TRA	盆直腸膿腫	LA	提肛門肌
SMA	粘膜下膿腫	IS	內括約肌
AA	肛門膿腫	ES	外括約肌
IRA	坐骨直腸窩膿腫		

延,或內外痔化膿等.有時起於肛門四周之皮.或由他器官累及,如膀胱頸,前列腺,或脊柱,盆內等處膿腫是也.有病者自謂由損傷或傷風所致,究之實不在此,此祇爲病之誘因耳.

(一)肛門膿腫

Anal Abscess. 此膿腫在皮與外括約肌之間(第四百三十四圖 AA).多因皮脂腺發炎而起.有慢性急性之別.且常爲成肛門瘻之原因. 治法.宜將膿腫全長割開以紗塞之.

(二)粘膜下膿腫 Submucous Abscess.

(第四百三十四圖 SMA).由內痔化膿而起.膿在粘膜下向上下延蔓致成內單口瘻.(第四百三十六圖 5).常在直腸之一旁.大便時極痛.用指探診之亦然. 治法宜在其最下部分近肛門處引膿.但有時必須割開粘膜始能治癒.

(三)急性坐骨直腸窩膿腫 Acute Ischio-rectal Abscess.

(第四百三十四圖 IRA).因會陰或直腸之膿菌入坐骨直腸窩之脂肪織所致.多係大腸桿菌.故其膿甚臭. 肛門一側紅腫作痛.初硬後軟.軟時按之有波動.大便時或用指探入直腸時皆極痛.病者坐不安席. 若不治之則膿腫內破,或外破,或內外皆破,而成肛門瘻. 治法初用熱濕布敷之.然一化膿則宜大割開洗

淨其腔.塞以防菌敷料.早治或不至累及直腸而速瘉.若至粘膜發炎而破.則非割斷括約肌恐難奏效.其割口宜成一丁字或十字形.(第四百三十五圖).其橫口與臀皺襞平行.宜透過被炎質浸潤之諸組織.

第四百三十五圖

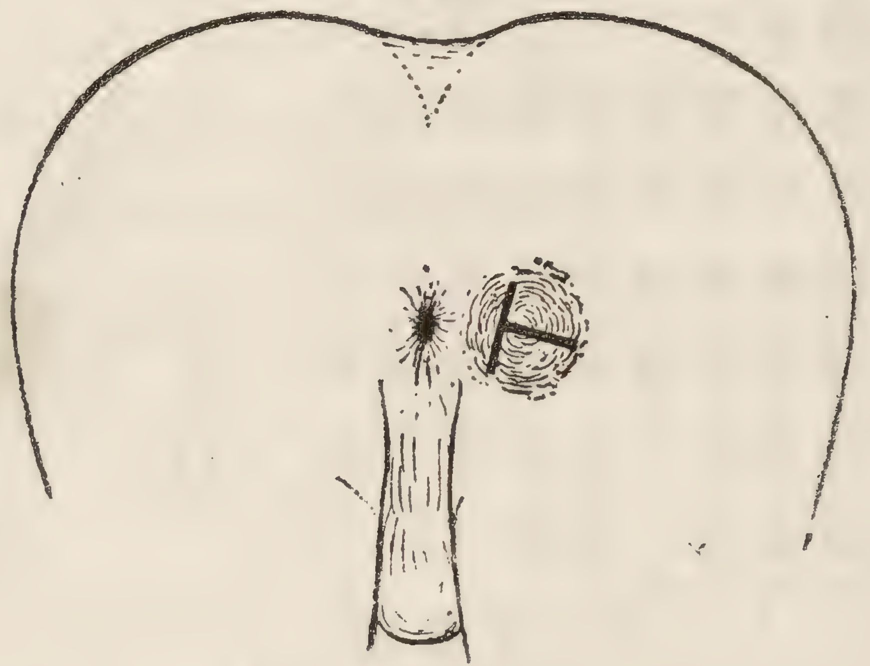


Fig. 435.—SITUATION OF T-SHAPED INCISION REQUIRED FOR OPENING AN ISCHIO-RECTAL ABSCESS

坐骨直腸窩膿腫丁形割口圖式

(四)慢性坐骨直腸窩膿腫 Chronic Ischio-rectal Abscess. 多見於體弱或有結核性之青年人.且爲肺結核常見之併發患. 在坐骨直腸窩之脂肪織受結核質之染.久之則有乾酪樣變或成膿腫.愈延愈大.甚至繞直腸.但無痛炎等狀.迨破時其瘻口或距肛門頗遠. 症狀與慢性結核性膿腫相似.初在坐骨直腸窩處有硬而不痛之塊.後則漸大.即軟而成膿腫. 治法大抵以施手術爲妙.宜於未化膿前剖開腫處.用利匙刮除結核織.後以碘芳紗塡塞之. 若有大瘻宜用治肛門瘻手術治之.但若兼患肺結核病則手術不宜太甚.總之皆須兼用衛生法調理之.

(五)盆直腸膿腫 Pelvi-rectal Abscess. (第四百三十四圖PRA). 此膿腫在提肛門肌上面與直腸間之結締織.有隨直腸患,如其壁在內括約肌上被穿傷,或由癌性潰瘍等累及者.但多由盆患.如盆蜂窩織炎,或直腸系膜前列腺等處化膿而致者. 症狀與深處生膿腫同.其膿或向下穿過提肛門肌至坐骨直腸窩.或向上穿累及盆腹膜,或遍繞直腸成馬蹄形. 亦有因他處有膿穿至盆內,如脊柱結核所成之腰大肌膿腫,或闌尾膿腫等

而致者. 若由直腸診察.則捫腸上段有一痛性腫團.診斷既定.宜割一大口引膿流出.若能在肛門後割口更妙. 若膿腫由脊柱結核病而起.非不得巳則不可在會陰割開.以免受膿菌之染.

(六)直腸周圍蜂窩織炎 Peri-rectal Cellulitis 有時繞直腸之蜂窩織患瀰漫性炎.後或成壞疽.此病多在老弱之人.其狀爲體衰弱類.其膿或延至提肛門肌之上而成深瘻. 治法宜將該處大割開刮除壞死組織.抹二氯化氫於其肉面.後用碘芳紗塞之.每日灌洗二次.宜兼用大劑激性藥.但此病之豫後極險.多因血中毒或膿毒血病而死.

肛門瘻 Fistula-in-ano.

凡近肛門或直腸下端有出膿之路則稱肛門瘻.僅爲一單口者不少.

原因 多因化膿之患,如坐骨直腸窩或肛門膿腫,或因近腸處有結核質成膿腫等是也.亦有因單純性或梅毒性瘡或腸狹窄所致者.如此則瘻口通至狹窄處瘢組織之上,或中,或下.凡多數性瘻約係此類.

類別 (一)全瘻 Complete fistula. 乃有二口.一通於皮外.一通於腸內. 若因肛門膿腫而起.兩口均近肛門.其路適在皮及粘膜之下.(第四百三十六圖 1). 若因急性坐骨直腸窩膿腫而起.外口距肛門畧遠.內口通於肛門上不及一吋 (2.5 cm).其路在內括約肌之下(圖 2).有時其路又生一支路(圖 2a).穿入粘膜或皮下.此多見於慢性結核膿腫.皮色藍而充血.其膿遍穿皮下.漸侵至股.或至會陰及臀等處.若係玦形瘻乃圍繞直腸.常在肛門後外括約肌之上或下.其二外口居肛門兩側.其內口之上因膿穿之故則粘膜與肌層相離. 坐骨直腸窩膿腫或盆直腸膿腫所成之全瘻,非但通於皮外,亦穿過提肛門肌(圖 3).而於距肛門頗遠處通入直腸則較劇.任何瘻皆能四圍分支.如穿至臀及陰囊等處.治之有時甚爲不易.

（二）外單口瘻 Blind external fistula.（圖4）.此因坐骨直腸窩膿腫外破而不通入直腸.試以探針穿入瘻路,再以指入肛門探察,其內惟有一層粘膜隔之.有時其病原距瘻口畧遠須注意之.

（三）內單口瘻 Blind internal fistula.（圖5）.通入直腸之口近於肛門.初起或有炎狀.膿或隨糞排出或自出無定.用指探診或可捫得其口.或用直腸窺器察之.或用直探針或彎探針探之.此瘻多佈於粘膜下.若係慢性必兼有直腸狹窄之患.

第四百三十六圖

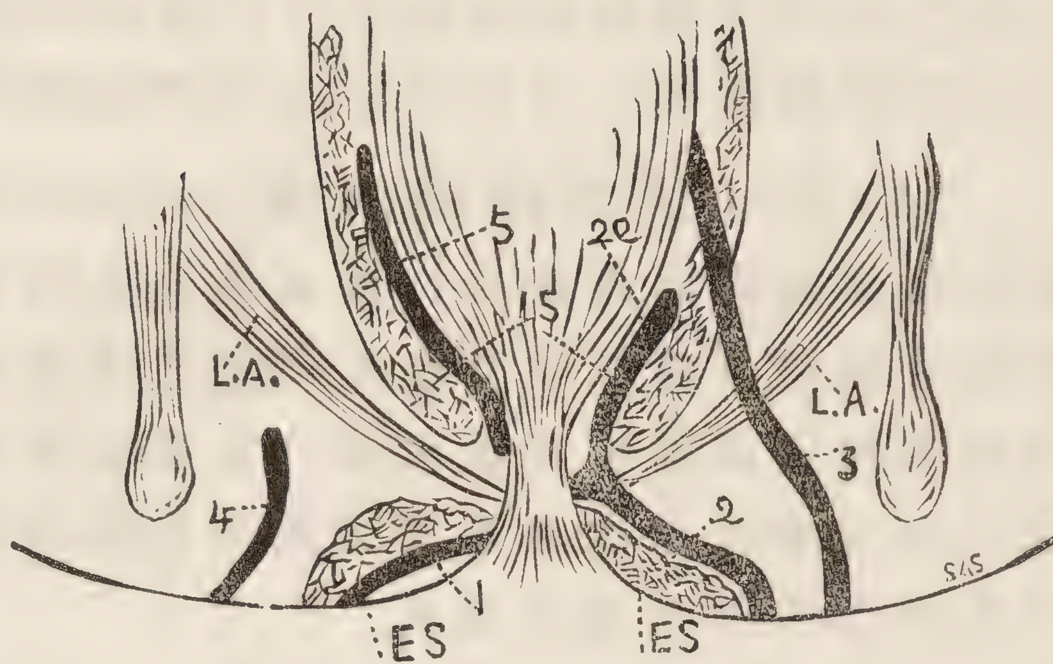


Fig. 436.--DIAGRAMMATIC REPRESENTATION OF VARIOUS FORMS OF FISTULA-IN-ANO

各類肛門瘻圖式

1 淺瘻.由肛門膿腫起. 2 全瘻.不累內括約肌. 2a 穿粘膜下之旁支. 3 全瘻.過提肛門肌.通入內括約肌上. 4 外單口瘻. 5 內單口瘻. ES 外括約肌. IS 內括約肌. LA 提肛門肌.

以上各病皆爲難治.因瘻常染直腸內之菌,並括約肌常舒縮之故.

手術 宜服蓖蔴油等瀉劑.手術前一點鐘須用灌腸劑.如此不但割時便利,且割後數日不至下糞. 割時病者當作剖會陰臥式.先薙淨該處之毛.再洗潔會陰肛門等處. 繼用槽引針探過瘻路入直腸.以小彎刀隨槽而入割開其路. 平常只有外括約肌之幾束被割斷.但瘻淺則兩括約肌不致割斷.深者恐兩括約肌均被割斷. 若察見分支之瘻.則割開以利匙括淨.剪去不健全之皮.最要者不可將括約肌割斷二處. 若出血則縛其

血管.用碘芳散撒於腔內.又用浸碘芳甘油之紗輕塞其口.叠棉花爲稜錐形以壓之.再用丁形帶包之.

若有支管從瘻上口延於粘膜下.則不可割開全路.恐其出血不止.惟割其一部分而刮之.且若總路已妥善處理.則支瘻或易痊. 若係玦形瘻祇在玦口對側割斷括約肌一處.又將瘻之全路割開.刮其腔而剪皮緣.並用藥敷其傷口. 若瘻小而淺不過肛門之界.須盡割除而縫之.則可得第一期痊合.

善後療法 手術後之初四日須免大便.傷處務宜潔淨.如此則深處之敷料一二日內不必更換. 厥後每日早晚換塞料.以藥液灌洗傷處.以紗條浸碘芳甘油塞其口. 第四日服蓖蔴油俾病者逐日大便. 當傷處生肉芽時宜由深及淺以免其復成瘻.十四日後更時以探子探之以防此弊. 若其割口不深.則括約肌之作用如故.惟內括約肌被割斷.則其作用暫失而遺糞.迨傷口將成瘢時作用漸復.至㽷痊時即完全恢復.惟腹瀉時或不能禁制.

若有結核在該處或在肺,宜細心斟酌宜用手術否. 在肺病之初期不必躭延手術.若瘻已痊用戶外療法多有裨益. 倘肺病較久則不可用手術.然瘻較劇則畧施手術而救一時之急狀可耳.

肛門裂 Fissure of Anus. 此係極痛而煩難之病.多見於男人.若婦人患此大半係腦力不穩者. 因直腸受損傷或被息肉所激刺而致.但最多者因慢性大便秘結而出硬糞所致. 其裂約爲單獨性.居肛門後緣.且或兼有外痔(西名守肛門裂痔 'Sentinel' external pile) 居於其上有時肛門外括約肌之內兼有潰瘍而裂與之相通.有醫士云其裂之原因,乃直腸與胎肛門竇 proctodeum 相連處所遺之粘膜皺襞(名肛瓣)被硬糞撕脫一塊.扯而離位.故每下糞時而粘膜皺襞又被扯下,即突出肛門外成

一水腫圈,狀如外痔,其原處遺有潰面. 有時肛門旁及前緣破裂數處.大抵因梅毒而起.

症狀 當下糞時急痛如火燒.每歷數小時不止.約常兼裏急後重.痛可映射至股或背.間或左骶髂關節亦然.此病極爲困苦.最忌下糞.而所下者每有血或膿雜於糞面.並有若干溢液由肛門流出. 用指探診之.則括約肌痙攣抵指不易插入.

治法 早期宜服輕瀉劑使之逐日下糞.未下糞之前用可卡印彈劑 cocaine suppository. 兼調理其全身.有時用哈馬美利 hamamelis 膏與氰酸低汞膏 ung. hydr. nitr. dil. 調和抹之以治其痛甚效. 若病久可用兩指展其括約肌而烙炙其裂.最妙用圓頭小刀割之.通過其底及外括約肌.後剪去潰瘍之邊緣以助癒合.尤宜察其直腸有息肉否.恐息肉卽其病原而令病復發也. 患處旣如此,安息則可速癒.有時立縫其傷口或得順癒.

肛門瘙癢 Pruritus Ani. 此乃肛門及肛門周圍之皮恆發甚劇之瘙癢.初期只發於夜間致人不能安睡.隨則晝夜兼發.甚至不能專心任務.因其不得安睡致身體衰憊.雖不得不搔,然愈搔愈重. 大約由寄生物如蟯蟲所致.或因粘膜與皮交界處生潰瘍或感覺神經有病等所致. 其皮面紅而表皮剝脫.且成水腫之皺襞由肛門向四周放射.

治法 若有寄生物則滅之.且細查肛門若有潰瘍則烙炙之. 倘無效可用巴里氏 Sir Charles Ball 法.卽割斷感覺神經末梢也.其法乃繞肛門割二半月形口.留前後勿割斷.深割之至露明肛門括約肌.於是向內翻此片使與括約肌分離直至皮與粘膜之交界處.隨用刀在未割斷之前後片之下割通.傷口之外緣亦由皮下如是割之.遂將皮復回而縫之.如此則皮片感覺之作用立失.日後漸爲復原.卽不瘙癢矣.

痔 Hæmorrhoids (piles). 此病係環繞肛門及直腸下一吋(25.4 mm.)之靜脈曲張也。

第四百三十七圖

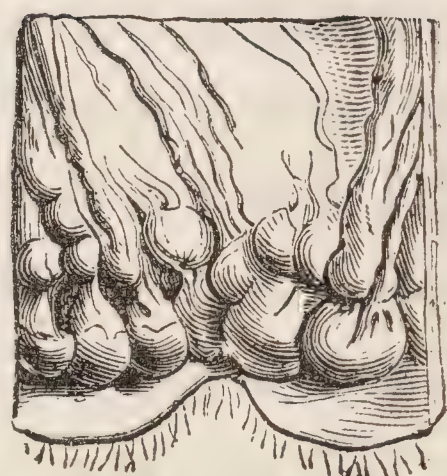


Fig. 437.—INTERNAL PILES.
內痔圖式

既知直腸之血供給如何循環.則知此病如何發起也. 結腸下段之血循環與腸之他處同.卽血管橫繞之.惟在直腸則爲縱列.有橫枝相通.圍肛門及其上成網形.位於粘膜下之鬆結締織.故少受維持.是以下糞時與下糞後所受壓力之大小驟然大異. 且該靜脈居門靜脈系統最下部.內無瓣.並爲門靜脈系統與軀幹靜脈系統之緊要通路.故門靜脈系統若受阻。則其血卽藉此靜脈返達軀幹部.以上諸故皆爲此患之素因.若兼有大便秘結,或嗜酒,或常坐而作工,皆能使肝充血,而助成痔患. 多見於年少之男人.二十歲以內而不運動者尤然.至中年人則漸少.老年者若前列腺增大,或膀胱有石等,則易患痔.若直腸狹窄,或生癌,亦能阻血迴流使靜脈曲張而成痔. 年少之婦女鮮有患痔者.約因其每月行經也.但受孕時,或子宮離位,或有腫瘤壓靜脈者,亦能兼發痔患.

有時近肛門靜脈曲張病者不自覺,一旦服重瀉劑如阿羅Aloes等,或坐於冷濕之石上,或中酒,或受風而肝充血,致靜脈內血栓形成而痔狀方顯.

痔分內外二類.有時二類兼發.

外痔 External Piles. 此痔居肛門緣有皮蓋之.係小靜脈曲張繞以皮下結締蜂窩織而成.有時此結締織較多於血管組織.此種痔卽係棕色皮之縱皺襞由肛門向四周放射.居外括約肌之淺面.

症狀 平常痔軟時除皮癢癢外無他狀.但在下糞之前後則肛門覺脹.若受風則易發炎.致成圓而色藍之腫團.疼痛極劇.行坐不舒.如此則痔內之靜脈結血塊而緊張.用合宜之法治之越數日其腫卽消.但因靜脈內血塊畧被機化致該處之肉皺襞較前更爲厚硬.若頻發炎或致肛門收縮,甚致狹穿.且若恒久潰爛,或致成癌.故以手術治之不可遲延.

治法 未發炎之時宜防大便秘結.潔淨患處.有時抹以哈馬美利膏.出恭後不可用硬紙拭之.恐激刺其痔.宜拭以潔淨柔軟之紙或棉花.罕有須施手術者.若兼患內痔.乘割除內痔時則將圍肛門較厚之皺襞一併剪除.卽用鑷夾住皺襞以剪從肛門按放射勢而剪除.遂縫合之.若外痔發炎而有血栓形成則宜偃臥.多用溫水灌洗.以熱濕布敷患處.若痔硬而甚痛.則剖開以除其血塊.剪去皺襞緣.用敷料敷傷口.

內痔 Internal Piles. 係數靜脈曲張連以結締織.而外蓋以粘膜也.初期軟而易壓之令血消散.患久者則結締織加多.且有動脈枝伸入其內.此患限於直腸之下二吋(5 cm.).其狀不一.或只粘膜下之靜脈曲張而不成顯然之團.粘膜之色絳而頗厚.出恭時多凸出.有若許粘性溢液.且糞畧帶血.但罕有出血者.久之則變成大痔.後或有脫肛之憂.迨成顯然之團則可分二種:(甲)長形痔俗名肉痔.痔塊廣而無蒂.色紫.軟而易壓散.有緊張而薄之粘膜蓋之.滑而發光.狀似黑葡萄.痔間有凹易受積糞之激刺.此類痔出血不多.(乙)球狀痔又名血痔.爲單獨或多數不定.大約有蒂.表面有粗粒狀如楊梅.乃係毛細管曲張所致.若痔屢凸出則其粘膜硬化如皮.其柱狀上皮變爲鱗狀上皮.

所出之血由淺毛細管或痔內之動脈枝而來.且有時甚多.

症狀 未出血之前其狀不甚顯.惟肛門覺有重物或脹.出恭之前後有時覺痛.若凸出不返則痛尤烈.因括約肌緊束之故.

遲早則必出血.初則祇二三點隨糞而下.病愈久則血愈多.甚致顯貧血之患. 不治則病更劇.甚至肛門常溢帶血之粘液以染其衣.且附近器官亦受反射之載刺.致人因痛與出血則精力虛脫.若痔因門靜脈被梗阻而起,如肝硬化病,出血或有益.不止之亦可.

併發病 Complications of Piles. (甲) 發炎.係痔內之靜脈壺腹發炎.外痔多見此患.惟長形之內痔亦有之. 其症狀乃痔腫脹.色變藍.捫之有烈痛.迨後其腫自消.化膿與否不定.不化膿者或可自瘉.若化膿其膿腫可破入腸內,或蔓延甚廣,甚至起門靜脈膿性炎或膿毒血病. (乙) 絞窄.若痔凸出不使之返入肛門.則被括約肌絞窄致痔塊變硬而腫.色青黑.痛甚烈.後成潰瘍或壞疽.如此或自瘉.

診斷 非難.與脫肛之鑒別.乃痔凸凹不平.脫肛則圓而滑,且爲環形.但有二病兼患者. 與息肉之鑒別,乃痔罕爲單獨性.較息肉軟而易壓.距肛門較近.無蔕而多出血. 外痔與濕疣之鑒別,乃濕疣左右對稱.藉臀皺襞彼此相染.表面較濕.距肛門畧遠. 鱗狀細胞癌.按其硬軟,形狀,病史,皆可與外痔鑒別.

最宜注意者卽肛門出血非盡因痔而來.因痔來者則血色紅.有時裹糞如衣.若由腸較上之段而來.則血色黑如煤油.與糞混雜.常宜用指探查直腸,或用窺器查之,以辨其血由何而來.

治法 有全身與局部之別.

全身治法 當除去靜脈充血之原因.調理大便.且宜補肝之作用,如飲礦泉水,或服蓖麻油 ol. ricini, 或森那糖菓 confectio sennæ, 硫磺糖果 confectio sulphur, 等輕瀉劑.惟阿羅 alœs 不可服.飲食宜愼.勿多飲酒.日常運動. 若因懷孕而生痔.祇日服輕瀉劑.待產後治之.

局部治法 初期只可用姑息療法防痔受損及傷風之弊.出恭時宜拭以棉花或棉紙.若痔凸出則洗以冷水.用輕力還納肛門.抹以哈馬美利膏 hamamelis ointment. 或以哈瑪美利洗劑(八分之一)灌腸.此二藥亦可止血.若抹以沒食子鴉片膏 ung. gallæ c opio. 亦可.惟功效較遜.

若痔大,痛烈,兼多出血,則用斷根療法.然於未施手術之先宜查明直腸有他重病如癌等否.亦宜察其痔是否因前列腺腫大,子宮纖維瘤及肝病,或心病而起.若係此故則施手術不但無益反致有損. 當用手術前一夜宜服蓖麻油.次晨須灌腸.至施手術前半小時宜坐熱水上以蒸其臀部. 及手術時則作剖會陰臥式.薙淨其毛.洗淨會陰及肛門.醫士隨以兩食指背合併入肛門而撐開.左右前後扯伸其括約肌.則有病之粘膜即可顯明.此不過肛門二吋 (5 c.m.) 以上. 其手術不一.列其要者於下:

(一) 夾及烙法 Clamp and cautery. 粘膜既按上法外翻而顯明.則以環頭之扣鑷夾各痔.後用痔夾夾之.其夾之頁順直腸之長徑平行.不可夾其皮.繼轉其柄之螺旋緊夾其痔.剪除凸出之肉塊. 遂以初紅之烙器烙透傷面.烙畢須漸放鬆痔夾以防血出未止. 若有外痔以前法剪除(見前).隨將粘膜還納肛門.以碘芳散撒傷處.墊以圓錐形防菌棉墊.即包以丁形帶. 每日以輕防菌藥洗之.十日或十四日可瘉. 若痔重不能小便.宜用導尿筒放之.待四五日後服大劑蓖麻油(如係成人可用一兩)即能大便.便時令病者坐於恭桶上最佳. 此等手術除截除痔成顯然之瘤者外,均不合宜.

(二) 縛線截除法 Ligature and excision. 此法多有用之者.果能細心消毒其效亦佳. 即以鑷夾各痔.先剪周圍之粘膜.以線縛其蒂.後將痔塊剪除而縫合之. 最妙乃用閣耳氏鑷將各痔緊夾.隨剪除痔之凸份.即用線繞鑷而縫其粘膜.未結之先將鑷

撤去而抽緊其線.如此可免出血.而傷口亦可密接縫合.越數日卽可大便而無碍矣.

(三) 懷特赫氏法 Whitehead's operation. 若內外痔皆有.用此法甚爲適宜.其法卽將生痔之處完全割除.與直腸割除術無異.

先繞肛門將皮與粘膜之交點割開.循曲張靜脈之外側深割至內括約肌之下面.周圍均宜如是割之.遂將割開之粘膜與痔所成之管截除.而縛其出血之處.後將粘膜之割端略扯下周圍與皮縫合.其縫線宜穿過內括約肌.不可僅穿粘膜.

此法甚佳.對於一般劇烈之痔惟可用之.手術後無甚疼痛.且大便時不似上二法之痛. 但須注意截除組織之多少.若截除過少,則新成之肛門周圍遺有纖維性皺襞易於發炎,或日後有剪除之必要.若截除過多,恐肛門不能完全關閉,致有大便失禁之弊. 有時割處受染致縫線脫落,則現露環形肉面,漸生肉芽而癒.然恐收縮若不用探子擴張之或致狹窄之弊.

脫肛 Rectal Prolapse. 凡人大便時其直腸之粘膜略脫.若脫過甚不能復回原處,是謂脫肛. 初祇脫出粘膜,是爲不全脫肛.若進行不止,則粘膜,粘膜下組織,肌層,漿膜等所成之完全腸壁皆漸脫露,則爲全脫肛.(第四百三十八圖). 全脫肛多見於小兒.不全脫肛多見於成人.但須知全脫幾盡爲不全脫進行而成.

原因 (一) 因組織鬆弛.如疲弱者,或久居熱地而身弱者,且因久患大便秘結或腹瀉致大便用力過大所致. 在小兒患麻疹或百日咳後,身體衰弱,而繞直腸之結締纖萎縮,皆能致成此患. (二) 凡致恒久裏急後重或用力逼壓者,如內痔,慢性大便秘結,腹瀉,直腸被蟲激刺,或鄰器官有病,(如膀胱石,尿道狹窄,前列腺增大) 等皆可致此.

症狀 在肛門有腫滑之圓塊.色紅紫而有粘膜蓋之.初期易復原位.但努力下糞或咳嗽時則必復脫. 倘至腫大則還納

第四百三十八圖

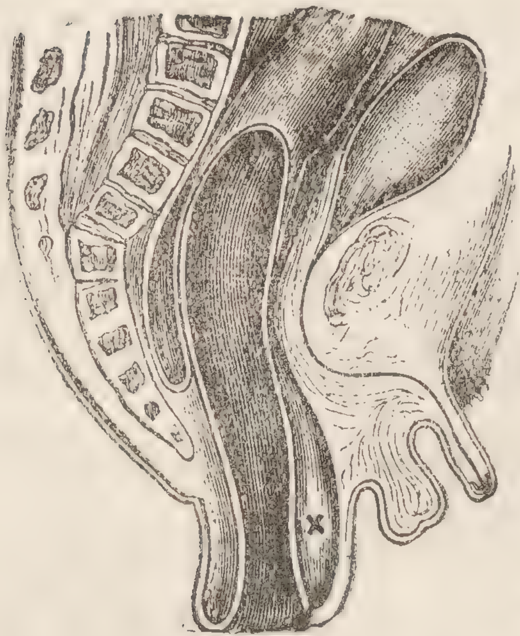


Fig 438.—LONGITUDINAL SECTION OF COMPLETE PROLAPSUS RECTI

脫肛縱截圖式

X指腹膜在脫肛前壁

甚難且痛.因炎質浸潤粘膜下組織而成纖維性變也.且易被擦,致發炎而成潰瘍.常有大便失禁之弊. 若直腸全層皆脫.則漿膜亦可兼脫於直腸前而成囊.或小腸並網膜亦可脫至囊內而被絞窄.(第四百三十八圖X). 若脫肛久未復原,亦可被絞窄,則變為青黑色,腫痛極烈,後成腐肉而脫.如此或能自瘉.但有時顯甚重之中毒狀.或起穿破性腹膜炎. 診斷不難.但有時誤認為腸套疊由肛門脫出.果係腸套疊可循露出腸之旁側以指探入肛門.若係脫肛則指不能入.

治法 初期當治其致病之原.如尿道狹窄者擴張之.膀胱石者除去之.大便秘結或腹瀉者調理之.有痔則按上法治之.有蟯蟲則殺滅之. 此外並用冷水,或收歛藥如硫酸鐵溶液(藥一至三厘水一兩)灌腸.每夜宜於未睡時出恭.若係小兒宜側臥,輕抬其臀之一旁,然後令之下糞. 更宜洗脫肛用指推回.繼以貼膏粘合臀之兩旁,或用布墊及丁形帶包之,防其復脫. 用電療法以補直腸括約肌及提肛門肌之力亦為有益.以上各法在小兒約可有效.

在成人倘諸法不效宜施手術. 若係輕而不全脫者,祇將皮與粘膜所成之輻形放射皺襞及痔剪除,以減窄肛門或已足.

若係重者,宜由直腸後壁並括約肌剪除三角形之塊,而深縫其兩邊. 若仍無效,則宜將所脫之塊完全截除,其法即墊高病者之臀,以免誤開腹膜腔時其腸脫出. 隨在粘膜與皮之交界割口,漸漸割深.次在齊肛門處割斷突出塊之底之前份.其通腹

膜之孔暫塞以紗.又用剪剪斷其餘份而除之,其出血之處隨剪隨縛. 厥後細心縫閉其腹膜孔.繼將腸斷端與皮周圍縫合.過一星期方可出恭.但每日宜灌腸二三次以防穢質屯積.其司直腸之作用雖終能恢復.然爲時畧遲.且善後療法亦需時甚長.

此手術之結果多不滿意,因其施術後多有復發者也.依吾之意見此法概不用之.最合理者於盆後壁或由盆上處將直腸縫穩.曾有人用此類手術已稍獲效. 其法即齊尾骨尖用刀割一口至肛門緣以露明直腸後壁.如有必須,可順其長軸叠縫之,俾直腸腔窄小.隨用線橫穿直腸後壁(但勿穿粘膜),經過骶坐骨之靱帶,後置紗墊將線在墊上結之,歷三星期之久,如此則直腸後壁即固定於該處.若日後善於調理其大便則所得之結果亦佳. 又有一法.較上略有變通.乃將直腸後處割開而塞以紗.容該處成瘢而直腸固定.雖恢復期較長而效果較準確.

亦有用乙狀結腸與腹壁吻合術治之者.然此法不及前法爲佳.

直腸結核病 Tuberculous Disease of Rectum. 此係直腸中生潰瘍.其數約多.患區或甚闊. 約因嚥下含結核菌之痰而致.但強半因他處結核菌隨血至直腸所致.初起於粘膜下.後成潰瘍.其狀與他處之結核潰瘍無異.即潰瘍邊甚陡而下成洞.並有突起之肉芽. 常致成瘻.因此病漸傳於外也. 症狀即裏急後重.出恭時作痛.且有粘性膿或血溢出. 治法須寓調養院.且灌洗直腸使之空虛而清潔.患劇者可施結腸成口術俾直腸得安息.

直腸及肛門梅毒病 Syphilitic Disease of Rectum and Anus. 直腸被此病累及所顯之狀不一.列其要者如下:

(甲) 初期之下疳發於近肛門處.但罕見.

（乙）第二期之濕疣.常見生於肛門緣,或生於左右臀皺襞而對稱.彼此能互相傳染.其式與他處之濕疣同.治法（見一百十面）.用甘汞敷於疣上.且貼敷料於臀兩皺襞之間.

（丙）第三期之瀰漫性梅毒.顯於直腸內.多見於貧寒之婦女.此患起於第三期之初.居肛門上約三吋 7.5 cm. 初係樹膠樣腫.浸潤蔓延至直腸粘膜及粘膜下組織.其組織變厚而硬.後成潰瘍. 此患不限於直腸.常上延至乙狀結腸,下至肛門.或累及直腸陰道之隔及陰道處,而至會陰及鄰近組織,致外生殖器與肛門之組織均過長,略似象皮病 elephantiasis. 或其潰瘍愈深而成瘻,使直腸與他內臟（如膀胱及陰道等）或與皮穿通.後則粘膜下組織收縮生瘢致直腸狹窄.其狹窄或上延若干.

症狀 疼痛.下糞時更烈.裏急後重.出血及膿.或直腸梗阻.或大便時結時瀉. 診察該處則見瀰漫性潰瘍及組織浸潤,致醫士以爲癌狀.但癌更痛,且病者之年齡及病史有別,足資診斷.體初強健.後因痛及流膿而衰弱.

治法 宜注射薩耳伐散,或服汞及碘化鉀等劑.或以汞爲彈劑.並時常用直腸探子擴張之以免狹窄. 倘病劇宜用結腸成口術,使直腸安息,以助其瘉.其口間或僅爲暫時之用. 倘直腸有窄狹或易梗阻之勢則宜將口久留. 有時用此術直腸潰瘍不瘉.宜時導以探子免溢液屯積.

直腸纖維性狹窄 Fibrous Stricture of Rectum. 多見於四十餘歲之婦女.在肛門以上二三吋 (5—7.9 cm.). 或在直腸與乙狀結腸之交界處.

原因 大約因久瀉及痢疾或結核或梅毒等,所致之潰瘍成瘢而皺縮而致.凡慢性直腸炎如淋病等,皆能致狹窄. 亦有繼蓋蜂窩織炎及化膿,而成纖維帶致將直腸牽往後結束於骶骨而起者.此類狹窄處距肛門較上類爲近. 亦有因痔屢發炎.致直腸近肛門處狹窄者. 有因損傷或手術累及腸之全週或

全週之強半而致者. 亦或因久瘻所戟刺致慢性炎性纖維性變而致.如此則瘻之內口乃居狹窄處之中.

症狀 初起時大便時結時瀉.初則大便秘結.後因腸受積糞之戟刺致粘膜發炎而腹瀉.愈久則下糞愈難.甚至非服瀉藥不能下.所下之糞扁而長,或細而短,與蝦畧似, 腸下部作痛.甚不安舒.其糞與血及粘液混雜.遲早有消化不良及腹脹. 歷久則腸完全梗阻而傾命.或窄處以上之粘膜生潰瘍而成膿腫破成一瘻.致有少許糞由瘻而出.若瘻多或因慢性血中毒及精力衰竭而死.

用指探察或可捫得有一平滑而整齊之窄處被帶所繞.似捫子宮外口然.有時窄處長而潰爛.若因盆蜂窩織炎而致,則直腸被牽上緊粘於盆後壁. 狹窄處以上之腸過長且脹.若被糞充滿則粘膜或發炎而成潰瘍. 狹窄處以下之腸膨脹.一則因直腸壁癱瘓.一則因病塊自上嵌入.

治法 初起宜逐日下糞.服流動石蠟,或輕瀉劑如蓖蔴油或瀉鹽類,使糞變軟.更灌腸以助糞過狹窄處.且宜節制飲食以免糞過多. 若可探及狹窄處,每隔二三日卽用直腸探子探一次.探子須由小而大,其尖宜直入狹窄口,勿誤觸粘膜皺襞.若其尖不能遽入切勿用力撕破,祇展開其粘膜而已. 先或用海絨塞子 sponge-tents. 後用直腸探子探之. 若狹窄處在直腸下端.可用圓頭小刀輕劃其後面,或劃數處.繼用直腸探子探之.因病易於復發故必久用之. 倘不能達狹窄處.或多方施治而仍顯腸梗阻狀.宜施結腸成口術.厥後或可截除狹窄之段.

直腸腫瘤 TUMOURS OF RECTUM

直腸息肉 Polypus Recti. 多見於小兒.或係腸腺所成之腺腫瘤.或係纖維腫瘤爲粘膜所蓋.多近肛門.有長蔕.形如小櫻

桃.下垂而易動. 症狀.腸被戟刺.肛門出血.若係小兒而腸不梗阻.此出血狀卽爲息肉之確據.有時裏急後重致患脫肛.有兼患肛門裂者,乃因出恭時直腸被息肉所戟刺之故. 倘其蒂斷可自痊癒.惟當時出血耳. 治法.以線縛其蒂而剪除之.或夾而烙之.

乳頭狀腫瘤 Papilloma. 罕生於直腸.若有之則顯直腸出血及腸被戟刺之狀.倘較大,或致腸梗阻. 有時非祇限於直腸,且散布於腸之強半,致多出血而死. 治法以線縛而剪除之,或用勒器勒除之.

肉腫瘤 Sarcoma. 此亦罕生於直腸.起於粘膜下.成一巨肉塊.凸入直腸內.能使直腸梗阻.其痛較癌爲輕.患之者年齡亦較幼.但症狀則同. 治法.若能施截除術則完全截除之.但強半復發.

肛門鱗狀細胞癌 Epithelioma of Anus. 生在肛門之外皮.初期與唇之鱗狀細胞癌無異.該瘤硬而其面凸凹不平.易成潰瘍.常累及腹股溝淋巴腺. 治法.在初期與直腸截除術畧似.

直腸癌 Cancer of Rectum. 此係柱狀細胞癌.(見一百五十二面).卽腸腺肥大.非但突入直腸腔(形如乳頭狀瘤),亦侵入腸壁之粘膜下及肌層. 腺泡間有多含血管之纖維間質.瘤之形式乃按腺泡及間質二者孰多而有不同. (甲)若間質多,且係纖維瘢性,則生長緩慢.硬而面多小結.常起於直腸之一側.形如惡瘢.後漸圍繞直腸致直腸狹窄而梗阻.終成潰瘍. (乙)若間質少,且僅係纖維細胞類,則生長較速.軟而凸入腸中.早累及腸之全周.最易成潰瘍而出血.頗痛.惟因組織損失較多,故腸之梗阻較上之纖維瘢性類爲輕.所成之潰瘍係通常惡性,卽面凹,邊緣外翻而硬,易於出血,捫之頗痛. 有時直腸癌現膠樣變.

該病漸進則侵入直腸周圍組織.因而粘貼於盆壁,膀胱,陰道,前列腺等.有時髂血管被壓而顯水腫.或坐骨神經被壓而覺痛.但須記侵入者非獨係癌,亦係細菌從潰瘍面被吸收所致之炎質也.有時直腸圍組織生膿腫而成瘻.穿入坐骨直腸窩,或膀胱,陰道等處.則瘤循瘻路而長.甚或成一大腫團於膀胱內.

腰及直腸系膜之淋巴腺受累而腫大.先則發炎.後則成癌.凡肛門癌皆累及腹股溝淋巴腺.亦有播散至肝者.但不似癌在腸道上段之多見也.更有播散全身者.但罕見之.

症狀 初起輕而不顯.迨逐漸長大而病人始自知也.常見於壯年人.男較多於女.始初大便略結.致病者常服瀉劑.其後便結更甚.與瀉輪流.且下粘液及血.直腸內覺有重物墜痛.出恭後仍覺發墜.病漸加重.至顯裏急後重.必盡力方能排糞.且常痛不止.其痛映射至股背.坐硬物亦痛.初則糞面略帶血.後則不大便時亦有血流出.若有狹窄則糞似扁帶而細.診察之則知有一潰瘍之塊.其形中央凹而邊緣反捲.若生於直腸一側則瘤常硬.或使直腸狹窄.若圍繞直腸.多軟似海絨.拂之易破.且多出血.瘤以下之直腸膨脹.指探或出恭時皆痛.致病者甚懼其苦難而久不願大便.若癌在直腸前壁.則膀胱常與瘤相粘,致小便亦痛.且同時直腸或溢液.雖已用結腸成口術有時此狀仍存.甚現惡病質.食難消化.進食則腸胃氣脹且腹痛.非服藥不能眠睡.若成直腸膀胱通瘻.則糞及腸胃之氣由尿道排出,致病者尤覺苦楚.

若不施手術.約至十七月則死.其死之故不一.百人中約有三十人因腸梗阻使然.此多見於慢性類及癌起在直腸上端者.因腸蠕動令癌塊套叠所致.若癌潰爛甚深,或居直腸下端,則腸梗阻者較少,因腸不能在該處套叠,惟蠕動祇逼出其糞耳.大多數因疼痛,出血,不睡,或中毒,致精力衰竭而死.亦有少數

因直腸上端之糞積性潰瘍 stercoral ulcer 穿破,致起染性腹膜炎而死者.

治法 治直腸癌只有斷根療法卽完全截除直腸,及姑息療法卽結腸成口術是也,

直腸截除術 Excision of the Rectum. 此術可用與否,不在癌向上蔓延之大小,而在其與鄰組織是否相粘. 若未與其前方之膀胱及前列腺等粘貼用之合宜. 若癌已貼於後及兩旁者不甚緊要.惟貼處甚闊則截除較難. 若直腸系膜之淋巴腺腫大,非定爲截除之反徵,因可將直腸上端兼腺一併截除也. 惟癌累至腰淋巴腺或肝者則手術自歸無用.

此術非但宜截除癌塊.亦宜將上下無病之直腸壁截除若干.並將居於骶骨前方之淋巴管及淋巴腺一併截除. 其法不一.所宜用者按癌之所在,並情形及大小,且病人之強弱而定. 所用之手術,卽(一)由會陰截除術;或名郎根貝氏 Langenbeck's 術.(二)過骶截除術 trans-sacral, 或名科拉斯克氏 Kraske's 術.(三)由腹截除術.(四)由腹及會陰截除術.

(一)由會陰截除術又名郎根貝氏術 Langenbeck's operation. 若癌在早期居於直腸下段.並骶前方之淋巴腺尙未顯然受累.用此手術則善. 大約以先施結腸成口術(人工肛門)爲佳.若截除直腸下段全周三吋餘,或兼除肛門者,更宜先用成口術.因糞經過傷口致人甚受其苦;且有染毒之險.又因後所留之肛門大小不宜,不能節制大便,故不及在左髂處作一妥善人工肛門. 不但可免此弊;且於開腹時醫士能乘此時機查明腰及骶之淋巴腺是否受累,及腸受累處之大小,並肝有無繼發性瘤.

手術次序如下.卽先將直腸十分洗淨.使病者作剖會陰臥式.剃淨該處之毛.隨將直腸後壁順正中線由肛門至尾骨尖割

開. 若肛門無病即由皮及粘膜之交界處繞肛門割開.倘有病宜距病處畧遠割之. 再用剪或指使直腸及癌與圍組織分離.由後面起則易爲之.又割斷兩側之提肛門肌,漸剖至前面.既至前面切宜小心,勿致陰道,前列腺,或尿道膜部受傷. 在男人可於尿道內插一探子有裨益.如此行之凡有出血之處可用鑷夾住. 腸上之連屬可用剪或勒器或烙器斷之.尋常多出血.可用線或烙器止之. 其傷口用醇或醚拭乾,撒以必潑,用紗塞之.後面之傷口可無庸縫合,粘膜亦無庸扯下. 歷四十八小時始行換藥.後則每日早晚灌洗,且輕塞紗布,外以棉墊蓋之,並包以丁形帶.迨漸生肉芽而成瘢,皮與粘膜自漸挨近,空凹之處即減小而痊癒矣.

(二) 過骶截除術又名科拉斯克氏術 Trans-sacral or Kraske's operation. 先將尾骨或骶骨一塊截除而後除去其癌.若癌從直腸下段延至上段可用此術.然肛門未受累,且癌距肛門三四吋 (7.6—10 c m.) 者此術更佳.

此術之目的乃使直腸路復通,俾糞仍由此而出也.雖有時不能如此滿意,但亦有成功者.然總以先用結腸成口術爲佳.若病者已顯腸梗阻狀,且梗阻處上屯積若許硬糞尤宜用結腸成口術.但只作暫用之口爲佳.

手術令病者向右側臥.且由肛門後循正中線割一口至骶骨之中央.但勿將腸割開. 隨將尾骨割除.繼使左側之骶結節韌帶及臀大肌與骶骨分離.又用鑿鑿除骶骨左側之一段.其鑿線宜作彎形,由骶骨下之正中線起向上穿過第四骶後孔,或在此孔之上而過至第三後孔之下緣,又橫過至骶骨之左側(見四百三十九圖ab).如此則直腸後之蜂窩織即顯明,即將直腸及癌並居於骶前方之腫大淋巴腺一併割離鄰組織,則由直腸上段剪斷.如此爲之往往開通腹膜腔.故宜用無菌紗布塞之以免

受染,後再縫合. 設病直累及肛門則須將肛門及直腸下段一併割除,隨將直腸上段使與兩旁之腹膜分離而扯下縫於皮上. 設直腸下一二吋(2.5 to 5.0 c.m.)及肛門括約肌未受累則無庸割除,只將此段縫於直腸上段之下緣而已.然不易完全長合.

隨將傷口十分潔淨.以碘芳散撒於紗布上

第四百三十九圖

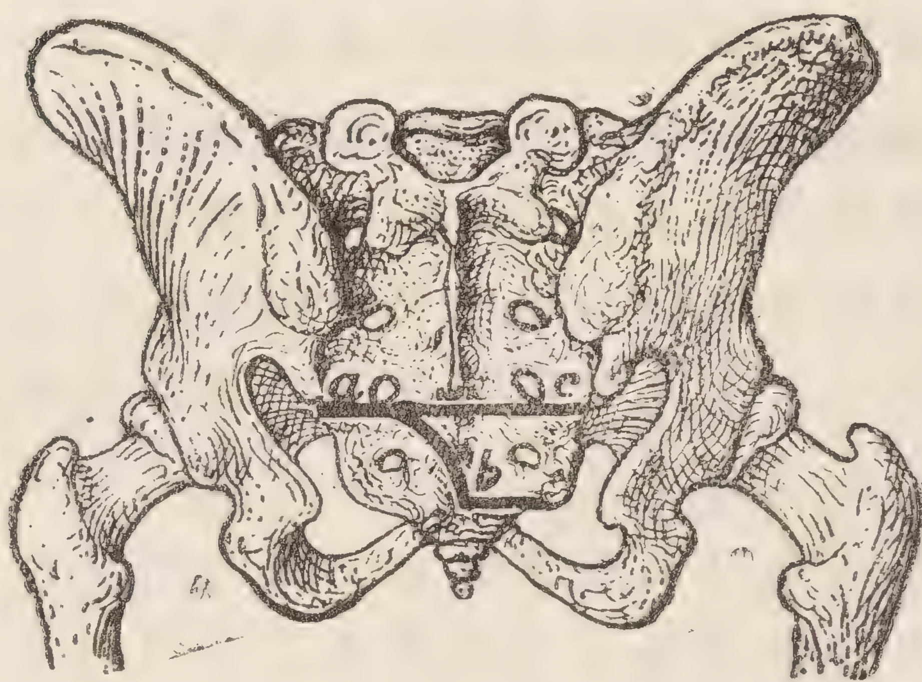


Fig. 439.—PELVIS SEEN FROM BEHIND TO INDICATE THE LINES OF SECTION OF THE SACRUM AND COCCYX IN KRASKE'S OPERATION

骨盆由後觀表明用科拉斯克氏術鑿除骶骨一份之鑿線

塞之.雖腹膜腔已開然約不至有害. 此等手術雖甚重大而所得之果效尙佳.倘上下段不完全長合而遺有瘻,異日縫閉可也.

嘗有不盡按此手術行之而畧有變易者.惟巴登候爾氏 Bardenheuer 法較佳.卽將骶骨露明,由第三後孔之下橫鋸而除之(四百三十九圖 a c).如此所露出之處較大,而盆內之物更爲易見,施術之區亦益加寬. 凡如此行之最宜注意者卽保守第三骶神經,因該神經有司膀胱之作用也.

(三) 由腹截除術 Abdominal Operation. 惟直腸下三四吋(7.5 to 10 c.m.)無病者可用此術.其目的卽將直腸上段,乙狀結腸之一段,與其所連之系膜,及淋巴腺,蜂窩織等一併割除而將腸之上下段相接而縫之也. 施術時必用垂頭仰臥姿式.且必先用來蘇或他類消毒藥液將直腸冲洗極淨. 由腹中正線開腹,將腸扯向一側而保護之,卽視清患處而酌定所應用之手術. 將直腸適在病塊之下小心夾穩而橫斷之.其下段宜暫爲保護.

隨由上段之兩側割其腹膜,使直腸系膜之組織與之分離.再擇乙狀結腸合宜之處割離其系膜之左側使之活動,以便與下段相接.又於腸之病段以上夾而截除之,並用線縛其血管.若須縛其系膜下動脈之大枝亦可縛之. 隨用線將上下段接縫使之吻合,或在盆內縫之,或牽出肛門外縫之而後復其位. 隨將蓋直腸腹膜復合而縫之.時或可用一大引流管由肛門插至縫處之上以便腸氣易出. 若病者甚爲虛弱,恐接合上下段需時甚長則不必接之.肥胖者因其脂肪織過多亦有不能如此接之者.則須將直腸上段於左髂處作人工肛門.且宜完全縫閉其下段.

(四)由腹及會陰截除術 Abdomino-perineal Operation. 此術可代由會陰或過骶截除術之用.其最優點可將淋巴管及腺廣闊除之也. 腹面之割口乃經左腹直肌.病者宜作垂頭仰臥姿式. 既視清患處卽於癌處以上將腸割斷,縫合其下段,其上段插以泡耳氏管.隨卽按結腸成口術縫於腹面成一恒久之人工肛門. 又將下段兩側之腹膜於近根處割開.將腸及居於骶前方之蜂窩織並淋巴腺向下至盆底一併剝離.其時宜防損傷輸尿管及髂處之總血管. 又橫割直腸膀胱陷凹(在女則爲直腸子宮陷凹)之腹膜.於是將剝離之直腸推下,仍將所割之腹膜蓋於其上而縫合之. 更縫閉其腹壁.再令病者轉向左側而臥,由會陰以畢其術. 直腸既除宜完全縫閉會陰之傷口,須特別小心將所斷之提肛門肌接縫. 若能有二醫士齊行着手最佳,一人施術於腹內,一人施術於會陰;如此不致費時,且可減免休克之險也. 有時無庸於結腸作人工肛門,乃將乙狀結腸之下端扯下而縫於會陰處.

施此類手術其死率不少,約有百分之二十六,多因染毒之險,亦有因手術甚重而死者. 大約由腹施術兼用人工肛門術較佳,因其能減少染糞毒之險也. 手術後病復發者非鮮,然雖

復發而其痛較輕,因該處之神經末梢已被割斷也. 凡患直腸癌者只有少數可用手術治之,大約至癌已廣延始行求醫,故凡行醫者一見直腸不舒,溢液,出血等狀即宜注意詳查其有癌否.

上言斷根療法有時不能施用.惟用結腸成口術以減輕其苦難尚為合理. 然須斟酌以下二類之情形.

(一)慢性硬化性癌類其苦難多因腸內之物不能前行所致,早用結腸成口術則獲益不少,述之如下:(甲)病者可食尋常之食物以補其體力.(乙)可免糞經過潰瘍之面而致痛.惟癌長時牽扯周圍神經之痛則不能免.(丙)略能阻癌長大,因該處不受積糞之激刺也.(丁)可免癌長致腸梗阻.(戊)減少受手術之危險.因手術時病勢尚未至危險,且體力亦甚充足也.

(二)潰瘍性癌類無狹窄之趨勢,施結腸成口術無甚價值.因雖無糞由潰瘍之面經過,然在人工肛門下仍有膿性液及血流出以致裏急後重,且兼有人工肛門之煩難,而病者苦難尤甚.

若病者不欲行結腸成口術,或有反對此術之故,則可調節其飲食,只用濃湯藕粉等內加激性藥以減少其糞.使之可經一星期而不大便.又宜使之躺臥以保其體力.更用嗎啡以減其痛.

第三十九章

腎病

SURGICAL AFFECTIONS OF THE KIDNEYS

腎位於脊柱兩旁,上從第十一肋骨,下至第十二肋骨與髂嵴之中間.右較左畧低,因肝居該側也.腎門對第一腰椎棘突.腎上端較下端畧近於脊柱.若欲將腎露出其術有二:

由腰露腎術 Lumbar Exposure of Kidney. 其割口由骶棘肌(舉脊肌)外側在第十二肋骨下半吋,向下外與腹外斜肌之纖維平行,往髂前上棘.依次先剖腹肌之後部及腰筋膜.則易開圍腎之脂肪織.但割口必按各病者之情形而畧有變通耳.

由腹露腎術 Abdominal Exposure of Kidney. 在腹前面循半月線或他合宜之路割一口.開腹膜腔與否在醫士臨時斟酌.若開腹膜當將腎前之結腸及小腸推向內,用浸溫鹽液之布墊之.繼將結腸外側之腹膜割開即達至腎.若腎過大則結腸及他腸常已被腎推向內.腹膜腔大抵不必割開矣.

腎之診察法 Examination of the Kidney. (一)雙手診察 先令病者仰臥屈膝,將頭墊高並張開其口.醫者立或跪於牀旁,以一手插入腰下作托上勢,一手按腹作壓下勢.當其呼時行之尤有用.腎之動度過甚,或其體過大,或向下離位,或外形不齊及是否緊張,此法皆可診斷之.

腎增大 其狀即腰處有腫團畧似腎形,外緣凸而內緣或有凹處.但此罕見.任體式如何改變叩其腰部有實響.因腸不能列於腎後也.結腸平常居於腎前.故叩該處則有一帶形之空響區.但腎增大則將結腸推向內側.右腎之實響與肝之實響相接者非罕見.在腎之下內常有空響.如此則腎腫瘤與盆腫瘤可以鑒別.此等大腎隨呼吸而動.但不似肝脾之動之顯明.左腎亦宜與脾辨明.脾增大時距腹壁甚近,且前面無腸,而腰處則有空響.

(二)X光線查法.檢查腎及輸尿管有石否,有時非用此法不可.若用軟性X光線之玻璃器大概能將正常腎之下端顯明.而腎增大尤然.若有慢性炎或內有惡性瘤更易查得.

腎或輸尿管有石近來不難確知.但有時因X光線能透過單純尿酸石或致人錯誤. 若將此類石之大者握於手內以X光線照之.其影屏之影大概不能較深於魚際肌之影.凡係草酸,或燐酸鹽類,或昔司廷 Cystine, 或雜質等石,其多少及位置皆可以X光線照淸. 腎石所映之影與腎他情形所映者近今易於辨明.因照片較昔更淸晰也.故腎之外形及其所含之石皆可分明.如此若有已成石灰性變之淋巴腺,或腸內物,或闌尾內之固結體,皆可鑒別.間或膽石亦可顯出,致診斷錯誤.

至於慢性腎結核,若有石灰性乾酪樣質,亦有影顯出.惟其邊緣不及眞石淸明.且病者之歷史亦可爲鑒別之助.故X光士及醫士當互相參酌而後決定其果係何病.

眞輸尿管石有時甚難辨認.因須與靜脈石及盆內石灰性變之淋巴腺,闌尾內之固結體,腸內物,石灰性變之腸脂垂(大腸脂縫),石灰性變之子宮,纖維肌瘤(無論有蒂與否)等鑒別之也.有時須用不透光之探子插入輸尿管內而復照之始能鑒定. 盆內之淋巴腺大約形圓,且常爲多數.但有時只一二腺居於一側或二側之髂恥隆凸內側. 故可覓得單獨之石灰性變淋巴腺.至於腹股溝石灰性變之淋巴腺,因其部位甚淺,用X光實體照法 Stereoscopic method 易於辨明.若疑其影係腸內物所成.可用瀉藥排出.則再三察之卽可鑒定矣.此等病人若無特殊之指徵狀皆須服瀉藥. 子宮有石灰性變,纖維肌瘤成影如輸尿管或膀胱內之石者,大都能以臨診法查出.

X光線之施用屬專門學家.茲不詳述.只提最要者二項:(一)將病人妥爲預備.(二)固定其病處以免移動.照射時先照左右二腰部及輸尿管之上段.然後用一特別隔光環,以免光線四散,詳照病側.若病者肥胖,則宜細心預備,勿使腸內含糞.卽於前數日祇食易消化之食品.其次服瀉藥二三日.且在未施X光線及未飲食之前數小時用長管灌洗腸.

腎盂攝影術 Pyelography. 用此術可知腎盂及腎盞等情形如何.其法卽將百分二十之溴化鈉溶液用輸尿管導筒灌入腎盂.後以X光照一輸尿管影圖.以此法可照得輸尿管之糾搭,或他異常之形.並其與盆之連屬如何.且若有腎盂積水,或積膿,及腎有畸形,亦可照出.再者對於可疑之影用此法則知其影非屬乎腎及輸尿管. 但非熟於用輸尿管導筒之專家則不可用.

腎官能之檢查 Examination of the Renal Functions. 若非查得腎之官能如何不宜於尿器官施重大之手術. 當酌定應否截除一側之腎時,非但須知有對側之腎,且須知對側腎之官能足敷身體之應用.再者尿器官下部若有病,而疑腎有繼發性病,亦必查得腎官能如何始可施重大之手術.曾有數人於截除前列腺後,因腎已有病不堪受手術後之反射激刺而死.

腎官能之檢查法甚爲煩複.亦不甚可恃.因其法甚多故足證其無一完全者也.是以於此只擇其有價值者畧述之.

（一）尿之分量及情狀. 凡有腎病及尿器官之病者,必先將其尿之分量及情形記清.宜每日記尿之比重及尿素多少.若比重常較低,並尿素有缺,皆爲險兆.若只知一日出尿多寡,而不知比重如何,此不足證明腎分泌之官能如何. 且只知尿素之多寡,而不知所用之飲食爲何類,亦無大用.再進而言之祗知尿素之多寡,既不足證明腎官能堪勝意外之重任,又不足以知其血內含有尿素若干也.

（二）使尿素變濃之試法. 此法乃爲證明腎受興奮是否能反應也.其法於六小時內任何液體食品均禁用之.隨服尿素一劑.（尿素十五克,加水一百西西).後則每三小時量其所出之尿,並將所含尿素之百分數,與藥劑量之百分數詳細比較.若尿內之尿素超過百分之二•五.可謂腎官能爲足.若只至百分之二與百分之二•五之間.雖腎官能不爲不足,然分泌之組織或畧有損傷.故須考究血內所含尿素之分量如何.若血內之尿素亦不及百分之二,則腎官能約不正當矣.惟尿量較多者則上述之百分數或稍足憑.

（三）血內尿素之計算法. 血內尿素與尿內尿素互相比較雖屬甚善,但因尿素之多寡依飲食而異,且不能證明腎受興奮之反應如何,故其價值不甚大. 居醫院而用院中飲食之病人,其血內所含之尿素不一,青年者每百西西血含尿素二十毪 milligram. 年老者含五十毪.是以老人若含尿素七十毪即爲腎官能不足之據.

（四）排除染料之試法. 多年有人用此法以試腎之官能.雖不敢謂排除染料與排除氤質新陳代謝之廢料實屬一類,然亦有價値.因按此法用輸尿管導筒接尿則可比較二腎官能之異同. （甲）美藍試法.昔時多用.近則以他法代之.惟此法用於非專門之手亦屬有益.因欲截除一腎可先查得有二腎否.其法即用此百分十之美藍五量滴注射於臀大肌內.過十或十五分鐘用膀胱鏡查之.可見由輸尿管口噴出藍色尿.但此不能判定腎官能之足否. （乙）靛卡紅試法. 近多用以代美藍試法.此藥可由靜脈或臀大肌內注射之.（用百分四之溶液四西西）.過七至十分鐘其色即顯於尿內.且其色之淺深可表明腎官能之足否.若尿顯色甚緩,且所帶之色不深,即指明腎官能畧有不足也.但官能所缺之度若不大則不易斷定. （丙）斐諾索弗拿他雷印 phenol sulphonephthalein 試法. 此染劑之用法與上同.大約較準.即先飲水一盃.後將該染劑 0.006 克注射皮下.隨接收兩小時之尿.加苛性鈉（百分之二十五者）使尿成鹼性.則顯清亮之紅色.後將每小時之尿加蒸餾水至共成一立特.遂用該染劑之標準溶液（一立特含 0.003. 克者）在比色表相較.如此可查得每小時所排除之尿含若干百分數之色料也.正常者第一小時含百分之四十至五十.第二小時含百分之二十至二十五.若開始兩小時之尿共含者在百分之四十五以下.即指明有腎官能不足之弊.

總之以上諸試法 無一法完全可恃.且不宜因諸試法所得之據而拋棄臨診所見之證.蓋實驗士宜作臨診員之副手.不當作臨診員之主任也.

腎官能有缺或無必致血內存積數類毒質.遲早則成尿毒病 Uræmia. 此起於漸次或發於忽然不定.亦兼顯數類症狀.最特殊者卽頭痛,嘔吐,搐搦等.但亦有他類症狀,如譫妄,癱瘓,或氣喘等.

凡累及泌尿器之患在腎病尤然.必細心按化學細菌學,顯微鏡法查尿,化學查法,對於大半病者足知尿內有無蛋白或糖.

蛋白尿 Albuminuria. 此係血中蛋白有一份歸於尿也.爲常見之病.其關係甚大.故凡施手術者.必先用法查尿以防意外之虞.須知有患此而不顯何狀者,故宜注重檢察.

試驗法 Tests 檢驗蛋白之法甚多.茲舉其要者如下: (一) 將尿貯於試筒內煮之.則見內有乳白色沉澱質.宛如多含磷酸鹽所致者.但磷酸鹽加醋酸一滴白質卽完全消散而蛋白則或反加增. (二) 加硝酸則見呈白雲之狀.或有淺棕色之絮狀沉澱.但必先煮尿而後加酸,且勿加過多免澱復溶解也.更有一善法.乃將冷尿傾於試筒內.遂細心漸加硝酸使酸於尿下成一層.倘含蛋白則在酸與尿之交界.顯一白色薄層. (三) 加疋克酸 Picric acid 則有黃白沉澱,煮之尤多.若尿係中性或鹼性必先加醋酸數滴使變酸性方可.

既查出尿內含有蛋白須考查其來源及義意.用顯微鏡細查其澱渣有無腎管型或膿細胞.並察其四肢動脈之情形及脈搏之壓力等.更細詢病者已往之歷史.

蛋白尿既有數原因.而其要義乃隨原因而異: (一) 若偕有久性化膿病,如骨或關節病,其蛋白尿乃因腎有蠟樣變所致.若尿之比重低而色淺且管型不多,此尙在初期不必施截除術.只用保守療法以治其原因大抵已足.但尿甚少而比重高,且所含之蛋白及管型甚多者,則知病較久.非用斷根療法,如肢截斷術,則難救其生命.醫士於施術之時當防免病者吸收石炭酸致起急性腎炎,甚或致命. (二) 若蛋白尿係間歇 (循環) 之類.此因腎官能暫缺所致.非屢查其尿不能知之.此類患非施手術之反徵.因安息身體,調理飲食,未幾蛋白質卽不見也. (三)若蛋白尿由慢性伯瑞特氏病 Bright's disease 而起,必兼有該病之狀,如動脈變厚,脈搏之壓力加大,並或有近今或已往之水腫狀.若蛋白不多而尿素仍不少.可令病者休養.用適宜之飲食則蛋白減少.施輕手術亦無妨.但病至甚重,若無意外大故,不宜施手術.祇對於出血,窒息,或甚重之腹膜病.及尿瀦溜等,施救急手術.若某肢受重傷.在壯健人可用保守療法.但患蛋白尿者大抵須截除之.若有惡性瘤,醫士必先聲明手術之危險.俟病者認可始爲施治.其危險乃因此類病者每難忍受麻醉劑.(亞硝酸氯少有危險).且其組織不健,故恢復之作用受阻.並易起傳染性炎,如丹毒 Erysipelas. 又因其脈搏之壓力加大易有繼發性出血 secondary hæmorrhage. 此類病者易生癤及癰.故見此情形必須檢察其尿.對

於屢患之者尤然.（四）蛋白尿亦有由泌尿器之下部患外科病,上延及腎所致者.若施手術恐致休克,或尿瀦溜,以至於死.（五）亦有由心病起者,乃因心瓣機能不全而血返流於全身靜脈內也.如此者必先救其急狀.俟稍瘉再施手術.

糖尿及糖尿病 Glycosuria and Diabetes. 此指尿內含有葡萄糖,糖尿,或屬暫時且非緊要.惟糖尿病則不然,乃係恆久性,由胰腺有病而發.昔常以尿內含糖爲施手術之反徵.今則不然.但凡欲施手術者須照例先查其尿是否含糖.試糖尿之要法如下：（一）用氫氯化鉀溶液與硫酸銅溶液等分煮之,隨傾欲試之尿數滴,若有糖則有紅黃沉澱,其故乃因硫酸銅還原爲氯化低銅也.（二）用斐令氏 Fehling's 溶液試之,其效果與上同.最妙將硫酸銅溶液及氫氯化鉀溶液分貯於二瓶內.用時取其等分之液合煮之遂加尿數滴,若有糖則呈紅沉澱.（三）近來多用貝尼的氏 Benedicts 溶液.因其遇尿酸,肌酐 creatinin,尿葡糖 glycuronates,被還原不似斐令氏溶液之易也.故對於尿含葡萄糖之試驗較爲敏捷.（四）以疋克酸及氫氯化鉀溶液調和煮之,遂加尿少許,若有糖則顯黑色或黑紅色.若尿每兩含糖二厘,足能使變成不透明之黑色.

單純糖尿 Simple glycosuria. 有數原因.如多食含炭水化物及脂肪類或甜類物而肝不能存蓄,或肝官能異常,或延髓脊髓上段受損傷或患病等所致.亦有偕數類蜂窩織炎性病（如癤癰等）而見者.（名中毒性或腐血病糖尿）.此等人無多尿之病史,且無糖尿病之他狀,大抵糖尿爲染性病之繼發患.若以手術或他法治其癤癰,糖尿卽瘉.然其故今尙未悉.

眞糖尿病 True diabetes. 近來大半以爲因胰腺病而起.試將牲畜之胰腺割除,隨卽顯糖尿之狀.按臨診試法則知數種慢性胰腺炎,能致胰腺細胞團名蘭漢氏島 Islands of Langerhans 者變壞或毀壞而顯糖尿狀.有以該島爲胰腺內分泌者.肝化澱粉酶之作用乃賴此內分泌.凡患糖尿病者,細查之則知其係胰腺有病.故用水療法 Hydrotherapy 及他減輕肝充血之法病或減輕.

在單純糖尿,若節制其飲食,並安臥數日,且調理肝之官能及大便,其排出之糖必減.此時醫士施平常手術亦可.在中毒性糖尿,若先調節飲食,而後用手術等法以除其毒源亦可.但若係眞糖尿病,雖調節飲食亦不能節制其糖及克呑病,且顯須用手術之症狀,宜用胰島素 Insulin 療法.但病甚輕,且其糖尿及克呑病之狀用調節飲食法能節制者則不然.胰島素可加增抗病之能,且加增恢復之功,又減少酸中毒並昏迷,及膿毒等之危險.若能少待,且便用實驗室之方法,則須以之使病者血內之糖度與常人所含者畧同,而無克呑病之狀最佳,然必有食品與胰島素之比.較經驗,始能辦理.亦有人贊成手術之前一小時服胰島素十單位 (units),並炭水化物二十克以防酸

中毒之危險.但行救急手術時若無法檢驗血糖之度,且無用胰島素之經驗,須使尿畧含糖,以免血內糖分缺乏之危險.胰島素之用,其法卽先每二小時服十單位,直至尿內無糖.後每三小時服十單位,兼服炭水化物十至二十克 10—20 grammes 俾其尿畧含糖.若已顯昏迷則開始所用之胰島素之劑量須加倍,而炭水化物須服二十至五十克.但尿內無糖者若非檢查血內之糖度則不可服胰島素.如此可免手術所致之昏迷.迨恢復期再竭力醫治其糖尿病.凡中毒之源必須盡心早爲除去,因此毒能減少病者吸收炭水化物之能.甚至雖服胰島素,其昏迷之狀或難免.

糖尿病之昏迷 Diabetic coma. 有時無顯然之故而忽起.或因膿毒性併發患而起.或因施手術治此併發患而起(受全身痳醉劑者尤然).病者淡情,終則昏迷以至於死.呼氣有醋酮 Acetone 之味,血內鹼度較少,其故乃因糖尿病使身體所生之酸加多(多爲亞氫乳脂酸 B-oxybutyric acid).健壯時不生此酸,卽生亦與氫化合成二氫化炭及水 (CO_2 and H_2O).故血之鹼度減少而二氫化炭卽不能被運至肺致人氣喘,面色或青藍.在未顯昏迷之先,或生雙醋酸.此爲亞氫乳脂酸 B-oxybutyric acid 被氫化而成.且復被氫化而成醋酮也.欲查其尿含雙醋酸否,可加氯化高鐵於尿內,卽顯紅葡萄酒色,煮之其色卽退.若見患糖尿病者尿內含此酸乃爲凶兆.醫士可知其不久將顯昏迷之狀.且對於痳醉劑除亞硝酸氫外均忌用.須服重炭酸鈉之適中劑,或注射直腸,抑或靜脈內或有益.惟胰島素之大劑頗爲有效.須及早注射.

血尿 Hæmaturia. 卽尿內含血.常見於尿路有病者.但血之來源或難確定.

(甲)腎性血尿 此係腎之急性炎,充血,含石,生瘤,受傷等所致.有時尿色因含血而甚深.甚或黑如醬油.有時可見腎微管之血結成之管型.或有彎形血條式與輸尿管同.

(乙)輸尿管性血尿 較罕見.患闌尾炎者或有之.其故因該管經過盆上緣之部被發炎之闌尾所壓,致充血而出血也.

(丙)膀胱性血尿 此因膀胱受傷,或有石,或生瘤,或潰瘍等患.或因膀胱單純充血,兼有靜脈曲張,或膀胱內有埃及血吸蟲 Bilharzia hæmatobia.血與尿混合甚密切.惟在小便將畢時較多.其中或含血塊.

埃及血吸蟲多見於熱帶地方,在非洲分布甚闊.亦多見於日本及中國.西印度及南美洲亦有之.有人計算在埃及患此蟲者約爲六十萬人.寄生本在河湖及水池內.由口及消化管而入.繼而穿胃粘膜,成蟲爲葉狀,居門靜脈,遂下至直腸並膀胱等靜脈,而產卵於該器管之粘膜.嗣後其卵向外穿出致有出血之患.直腸患之見九百七十八面.在膀胱內之卵爲橢圓形,一端有刺,累及膀胱較累直腸多三倍,致患血尿,膀胱炎,及膀胱石等.

治法. 用酒石酸銻鉀 Tartar emetic. 注射靜脈內.此藥能直接感卵與蟲,成人初用之劑量半厘,遞次加半厘直至二厘.約每星期注射三次.直至十至十二次.曾有數人對於此藥不能忍受.可以厄美汀代之.每二三日用一厘半注射靜脈內.直至十五至二十次.

(丁) 前列腺性血尿 此因該處充血,或有石,或潰瘍,或惡性瘤而致.亦有因用導尿筒,或探子以診治以上諸病而致者.有時血返流入膀胱,其顯狀與膀胱性血尿同.然血強半由尿道而出.損傷所致者尤然.有時由直腸診察前列腺,其原因或可瞭然.

(戊) 尿道性血尿 此由急性淋病,扯傷,或施探子所致.其血由尿道滴出,且與小便無關者非罕見,小便時先出之數滴尿亦含血.

(巳) 間有因全身病而致血尿者.此由紫癜 Purpura, 或壞血病 Scurvy, 或血友病 Hæmophilia 等所致.但兼顯該病之他狀易於診斷.

凡見血尿.宜用顯微鏡檢驗尿內有無赤血球.始可與陣發性血色蛋白尿 Hæmoglobinuria 鑒別.蓋蛋白尿惟不含赤血球耳.有人以爲血色蛋白尿係因腎之小動脈痙攣所致.且每與雷那氏病 Raynaud's disease 兼發.

查血最準確之法爲光系分析術 Spectrum analysis. 但常用者將怪阿克酒 Tinct Guiac 與臭氯及醚(伊打)等分調合,後加尿少許,尿即沉於試筒底,在尿與藥液交界處則顯沉澱.含血者歷片時即變成鮮明之藍色.

欲查血尿之原因須遵下列諸法: (甲) 記錄病者之歷史及其尿病之歷史. (乙) 注意尿之性情色彩及血與尿之是否密切混合. (丙) 檢察其血在小便之何級.即令病者分便於三器.前後份須少於中份.若三器之尿色相同,則血大抵由腎而來.若前份含血較多,則係由尿道或前列腺而來.若後份含血較多,大抵由膀胱而來. (丁) 以顯微鏡檢查尿或可覓見瘤之碎塊.或上皮細胞,或凝血所成之管型.此皆由尿路之定處而來.因此可知血之來源或由腎,或由膀胱,或由前列腺,或由尿道,而推想病之性質. (戊) 以膀胱鏡查之始能見膀胱內有無損傷.且見血出是否來自輸尿管.

膿尿 Pyuria. 即尿含膿或粘液性膿也.每因尿路襯裏之粘膜發炎所致.其根原在腎,或膀胱,或前列腺,或尿道,欲查其確由何處而來,其法與查血尿之來源同. 膿尿多藉顯微鏡辨認.若於尿內加氫氯化鉀液 liqr. potassæ 膿即變成粘稠性.

乳糜尿 Chyluria. 此係膀胱粘膜之淋巴管膨脹或破裂所致.多因血絲蟲寄居該淋巴管內(見二百九十四面).尿成乳色.以顯微鏡查之則知其乳色乃因尿內含脂肪乳狀液也.

尿沉澱 有數類,非罕見,必用化學及顯微鏡查法方能分辨. 尿石酸 Uric or Lithic acid. 排出時有似胡椒 cayenne pepper. 之碎屑名尿砂.

第四百四十圖



Fig. 440.—URIC ACID CRYSTALS

尿酸晶

第四百四十一圖

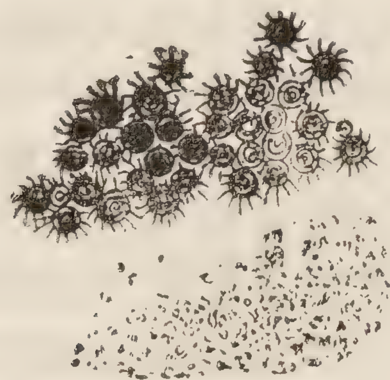


Fig. 441.—AMMONII URAS IN AMORPHOUS GRANULES AND HEDGEHOG-SHAPED BODIES

尿酸錏之粒

以顯微鏡查之其屑係斜方形或橢圓形之片.或爲結成團之針形晶.(第四百四十圖).其色暗棕紅.因吸收尿膽素也.此類尿每係酸性,比重亦高,其沉澱不能溶解於沸水,易溶解於鹼性液體.若復加酸而使之有酸性.則尿酸沉澱而結白色針形之晶.

尿酸鉀,尿酸鈉或尿酸錏常見於尿內.係無定形之粒.色之淺深按尿色素之多少而異.常謂爲紅磚性末.尿酸錏者有時成爲有刺之球體.(第四百四十一圖).凡尿酸鹽每見於酸性而比重甚高之尿.加沸水易溶解.但復加稀釋氫氯酸則又沉澱.　若欲查其尿酸或尿酸鹽,可用硝酸試法.卽加硝酸少許於尿內蒸發之使乾則顯橙紅色.若復加合錏水 liquor ammoniæ. 卽變成深紫紅色.

夫尿內含尿酸或尿酸鹽之澱有係暫時者.因身體有幾微之違和也.有係屢發者.乃因多食含氧類之食品,及少得新鮮空氣,並少運動.或肝病致消化不良也.亦有顯於身體新陳代謝之作用加增時者,如運動太過.或患熱病之時,因在此等時所應變爲尿素之質多變成尿酸及尿酸鹽也.若常顯此趨勢則謂之結石或結石性血 lithiasis. 若所成之質不排出體外.則易成痛風病 gout 矣.須知人若生尿酸石,卽係結石性之徵.故除石後必小心調理以免石之復發.

治法　療治有結石性者大約在注意其人之衛生.宜調理飲食.凡糖類糕餅及酒宜忌之.可用魚雞等肉.惟牛羊猪肉等不可食.作事必按定時.宜多行屋外運動.且激肝分泌.用瀉鹽類瀉劑利其大便.天然之礦泉水更佳.間時服汞丸 blue pill 或坡朵斐林 podophyllin 一劑亦有益.有喜用鋰鹽 lithia salts 及披陪拉辛 piperazine 者.暫住礦泉醫院療治之亦極有效.

尿含草酸鈣(錯草礬)多見於消化不良 dyspeptic. 及臆想病 hypochondriacal. 之色白而神經過敏者.有謂此爲炭水化物食品未完全受氧化

第四百四十二圖



Fig. 442.—OXALATE OF LIME IN OCTAHEDRAL CRYSTAL AND DUMB-BELL-SHAPED MASSES

草酸鈣之八面形晶及小窄腰葫蘆形團

第四百四十三圖

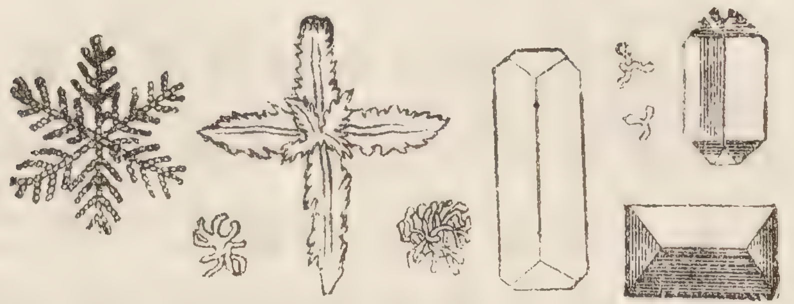


Fig. 443.—CRYSTALS OF TRIPLE PHOSPHATE IN URINE

燐酸錏鎂之晶

所致.尿之比重較低.色淡而量甚多.其性畧酸.每多含粘液.故其晶易貼於試筒不平之面.以顯微鏡查之.則見其晶爲有規則之八面形,或成窄腰葫蘆形.(第四百四十二圖). 治法宜調理飲食,以易消化而富含滋養料之食品爲佳.勿食難化之物.大黃菜亦不可食,因含草酸鹽類甚多也.祇飲沸水或蒸溜水.補劑如鑛類酸,鐵類,及奎寧等可用之.最佳者使之移居他處,且防其有勞心等事.

尿含燐酸鹽.其類有三:(一)燐酸錏鎂或名三聯燐酸鹽.多見於鹼性或將變壞之尿內,每由膀胱而來,結六角稜形之晶.但三面甚窄.其兩端亦成斜角(第四百四十三圖).(二)無定形之燐酸鈣爲最常見者.凡燐酸鹽之沉澱其中多半係此類.患慢性膀胱炎者尿內每含之.於飯後數小時見之非鮮(名鹼性潮).此狀多見於正午.設於早飯前服鹼性滷鹽類者尤顯.常於小便畢時始出,則或令其人驚恐誤以爲精液也.(三)最常見之燐酸鹽係以上二類相雜者.任爲何類素之尤顯.但加醋酸數滴則消散.對於燐酸鹽尿 Phosphaturia 之治療,除非因體質病(罕見)所致者外,治其膀胱之病已足.

有時須用細菌學檢查法查尿的確診斷.蓋細菌或由腎而入尿路,或由尿道達入膀胱,後上延輸尿管,抑或存於尿路某處之壁而後蔓延.有時細菌甚多,致尿顯目能見之乳白色.但不甚害尿路之壁.然強半顯輕微之膀胱炎,或腎盂炎,而病因數種原由易於增重.有時或尿內所含之細菌甚少,非用遠心器使之沉澱,將澱濾過而細查之,則不能得(如腎或膀胱之結核病常宜如此查之).有時雖用顯微鏡亦不能查出.必須用尿澱作接種試驗法方可辨明.宜慎防尿經過外生殖器時受細菌之沾染.在婦女尤然.苟非用無菌導尿筒取之,則檢驗婦女尿內之菌實不可恃.尿含細菌爲婦女常見之病.最普通者爲大腸桿菌.

先天腎病 Congenital Affections of the Kidney. 有畸形者,有離原位者,各分多類.

腎畸形 Malformations of the kidney. 其要類如下:

(一)一側完全無腎者,此極罕見. (二)先天一腎萎縮者只有脂組織以代之.以上兩種其無病之腎過長而肥大. (三)兩腎相合於身體之中線成一腎之形.或兩腎下段相連形似半環.其凹面向上名馬掌形腎 Horseshoe kidney. 此等馬掌形腎不甚少見.一千一百人中約有一.多兼有輸尿管或腎動脈之數增多.(四)有時腎有深溝分成葉.與數種獸類無異.若腎離原位,則此患較多.其溝或深至使腎分爲二或較多之截不定. (五)一腎有兩盂或雙輸尿管,雙管僅限於盂或直至膀胱不定. (六)有時一腎藉腹主動脈發二三枝以供給之. 以上諸畸形對於臨診大抵不甚緊要.惟割除其腎時醫士或須畧改其常法耳.

先天腎離位 Congenital Displacement of the Kidney. 此則千人中約有一人.腎或墜至骶髂關節,或抵及骶前角,抑或高於原位.左腎患此者較多.若墜至髂凹其降結腸多被推向內側,使直腸起端偏向正中線右側.腎雖離位而腎上腺則仍居本處. 先天病中更有腎囊腫,肉腫瘤,腎盂積水等病,容依次詳下:

能動腎及浮游腎 Moveable and Floating Kidney. 正常之腎非固定之器管,時因呼吸而升降.然其升降常不能捫得.故所謂能動腎及浮游腎,按臨診之特殊義意可分三種如下: (一)當深吸時可捫得其下之大半,此謂可捫腎 palpable kidney. (二)能捫腎之上端,且能以手阻之使於呼吸時不升復原位.此謂能動腎 Moveable kidney. (三)腎能四圍移動,且有時能橫過正中線,此謂之浮游腎 Floating kidney. 曩昔有人謂浮游腎屬先天性,而腎卽藉一系膜連於腹後壁.今知其大抵非然.初只動於脂肪被膜內.後因輕性發炎則脂肪被膜與纖維被膜相粘.於是腎及繞之之脂肪,併動於腹膜之後矣.其動式分爲二: (一)在一平面動,以腎盂作蒂,祇能於上下內外動. (二)平面動兼轉動,若

循橫軸而轉則下段向前.或循竪軸而轉則外緣向前.後者其輸尿管或腎血管易致糾搭不通.　能動腎女多於男(爲十與一之比),右多於左(爲十二與一之比).此半因右腎血管較長於左.半因升結腸之動較降結腸尤多也.

原因　腹橫筋膜近腎處分爲二層,名圍腎筋膜 perinephric fascia.(或名被膜),腎卽居其間焉.在小兒時此筋膜緊貼腎之前後,無脂肪間隔.至長大時漸有脂肪織長於筋膜內以繞腎.肥胖者被膜膨脹而脂肪織堅持其腎.兼有貼腎面腹膜之緊張力,並腹內之壓力,及腹壁肌之托力,皆能助腎安於原位.若上數者有何改變而不能維持之,則腎易離原位矣.由產後致者.乃因腹內之壓力忽減及腹肌弛緩致腹壁懸垂之故.故產婦起立太早,或未用托腹帶而用力工作,則患之較易,故貧者較富者受患爲多.有因割除腹內大腫瘤所致者.蓋腹壁已甚張而變弱,或身體急瘦而圍腎之脂肪織被吸收或損傷也.間有因束帶過緊而致者.有見於內臟下垂病者(見八百七十二面).大便秘結亦爲甚要之因.蓋盲腸積糞而下垂卽扯下圍腎筋膜之前層使腎向前也.

症狀　有時不顯症狀,偶因他故而始知.有時病者祇覺腹內有能動之團捫之則痛,間或致惡心欲嘔.亦有因疼痛嘔吐而來診治者.而醫士查之則知係能動腎所致.　痛在腰背,或循輸尿管映射至腹股溝,睾丸,或大陰脣.　惟嘔吐乃斯病之要狀.若無顯然之故而常嘔吐者,非診察腎部不可.　以上諸狀間或加重,致尿亦暫少,乃因輸尿管糾搭不通 Dietl's crises 之故.　若症狀猝然減輕而尿增多,且內或含粘液性膿,便知腎回原位矣.若屢如此,則難免發腎盂炎並積水等患.　若腹前壁薄,則易見有能動之腫團,捫之則痛,或致嘔吐,使病者作膝胸臥勢則其能動腎或更易捫得.又在第十二肋骨之下,骶棘肌外側,覺病腎之原處較軟,因無物抵抗之也.　患此者多係神經薄弱之人,乃因

能動腎易於扯腹內之交感神經中樞所致. 有時腹內他器官亦離位.故其症狀不祇因腎所致.縱施手術治其能動腎症狀亦未必盡退.即將腎固縫於腹壁,而其疼痛嘔吐等狀仍如故也.

治法 對於患此者之強半,非但不必施手術,且無庸向病者言明有能動腎.若兼為體弱,或神經薄弱,或內臟下垂者,須偃臥六星期,可施腹及全體之揉捏法.飲食以牛乳及脂肪類為佳.庶能令腎較穩而全身之力亦加增.遂置合宜之托腎器可使病者安舒.該器或係腹疝氣帶,其一端作為淺杯形接承其腎.或用有氣墊之腹帶.其墊為三角形,與肋下總緣,腹股溝韌帶,腹半月線,三者平行.須令病者仰臥,墊高其盆部,然後縛此帶.

應施手術之指徵. (一)腎最活動,甚至無論托以何物皆不能穩定. (二)腎甚有觸痛,至不能忍受托之之物. (三)常有復發性急痛及嘔吐之狀(Dietl's crises). (四)有腎盂積水或發炎之併發患.

腎縫定術(或曰固定術) Nephrorrhaphy or nephropexy. 腎體本圓,纖維被膜光滑,縫定不易.兼以腎之主質吸收力甚大,雖縫以絲線,不久亦化為烏有.故初縫時似不能動,未幾仍動如前.惟有二法可將腎固定: (一)刀口須割至腎而勿縫合,惟塡塞以紗,俾其生肉芽而漸癒.此法雖有效,然甚遲緩,而後此處或成腰赫尼亞. (二)近今常用之法乃在腰處露腎,多割除圍腎之脂肪,遂備一畧較高之接納腎之新窩,使腎附近膈肌之下,繼將其纖維被膜之一部割開,而縫於腹壁肌之深面,將腎定穩.或將纖維被膜之後半,自下向上剖開令成大片(使其蒂仍連於腎之上端),引之越過第十二肋之上.隨將片尖縫合於片底,使腎藉自己之被膜懸於第十二肋骨,而腎無膜之肉面漸生肉芽纖粘貼鄰件. 病者當躺臥六星期以容長固.起時宜用托腹帶裹之.

腎之損傷 Injuries of the Kidney. 多因身體受擠壓,如二火車緩衝之間.或馬車輪由腹上軋過,或因受擊,或因跌倒等.腎如此損傷則血多.或滲入腎質,腎盂,及圍腎之脂肪織內等.有時腎被膜未破而血仍滲入脂肪織中.其被膜之破否甚關緊要,因未破者血出必少,尿亦不得滲入鄰組織也.有時腎體壓碎而血仍不出於其外,惟血塊由輸尿管下行,甚或該管被梗阻,終則關閉.倘被膜之前份破裂則或累及腹膜,在小兒尤然.如此或有腹膜內出血之狀.曾有腎破裂甚劇致出血多而死者,然此罕見.倘被膜之後面破裂,則圍腎之蜂窩織受累,致被血及尿滲入,難免化膿.後則患膿毒血病.或終因血久中膿毒則力衰竭. 有時他處亦受損傷,如骨盆脊柱或顱骨等折,或腸肝受挫傷或破裂等,故兼有他甚要之狀.

症狀 顯劇烈之休克.繼以惡心,嘔吐,腰部疼痛映射至睾丸或股,捫之有觸痛,或有腫閧,並血尿. 血出之多寡無定.若傷輕不久即止.重則多出且久,或致殞命. 有時血塊經過輸尿管而致腎痠痛.或管被梗阻以致該腎無尿.有時血流入膀胱凝結成塊而充滿之.若流入圍腎之組織則腰部必腫.倘腹膜破裂,則腹膨脹.因出血久漸成甚重之貧血,並起腹膜炎.若圍腎之組織成膿腫,則顯發熱,寒戰,腰部痛劇,及深處化膿之普通症狀.

治法 令病者偃臥,腰部置冰袋或來忒氏涼水管 Leiter's tubes. 若覺疼痛可貼膏條或纏以布帶以減之.若血出不止而恐其致命,可開腹探察. 若腎之破裂小則或施縫術,其線必深穿腎之實質. 若傷較劇,則須將腎割除.有時出血不流出破膜外,然腰處速腫,貧血漸重,脈搏漸速,如此者最妙施以手術. 膀胱漲滿者則用巨眼導尿管插入以洗除血塊.若腹膜發炎,或腎外成膿腫,宜施以該各病之外科治法,且腎亦須照上法處理.

輸尿管破裂 Rupture of the Ureter. 罕見.多因直接受損傷所致.間有因於盆內施手術,如子宮割除術,而無意中傷之.傷及該管而皮未破者,其狀初隱,後因尿滲於腎圍組織,致該處腫大.倘尿無膿毒性或不變壞,否則化膿,強半遲早須剖開.當查其腫脹之腔時,或可覓得輸尿管之破裂處.但多不能捫得,致疑該管或腎盂受傷,任為何者受傷則腰部成尿瘻,後或能自收口.否則須將腎割除,且割除以早為妙. 有時可施以下之縫術以閉輸尿管之破裂,其法先將輸尿管下端縫閉,卽將粘膜向內捲而縫合肌纖膜.又於下段旁壁開一縱口,將上端移植此口而仔細縫合之.

曾有二小兒被車輪所壓而得此患. 一小兒其休克之初狀已過別無特狀.惟至第十日坐起時腰部忽然作痛,後腹膜後處積液,且略發熱.旣割開腫處則放出多量清尿,但頗少含膿.(可知正常之尿滲入組織所致之損害不大).以指探察其腔,可越過正中線則捫得輸尿管橫於腔內,但未能探得破裂處.故用排液法,後成尿瘻若干時,終則瘉合. 一小兒炎狀略劇.至第十二日割開腫處,然仍不能覓得破裂處.遂用排液法.然仍無效.故將腎割除.迨後二小兒皆得保其生命.

腎盂積水 Hydronephrosis. 此因尿之出路被梗阻,致腎盂及腎盞積水而膨脹也.

原因 (一)先天者.蓋腎體之發育本由胚之後腎 metanephros 而起,厥後其輸尿管與之接合.有時接合不全,則輸尿管與腎盂漏斗之交接處有最顯然之不通.有時腎動脈位置異常.輸尿管由之經過則被糾搭.間有因尿道閉鎖,或內有膜相隔,致二腎均受累者,如此則腎盂積水甚多,致胎腹膨脹.若非用空針刺入胎腹內放液不能產出,產出多為死胎,或不久卽死. (二)後天者.此等輸尿管不通非罕見.可分論如下; (甲)尿路被梗阻,如石,寄生物,異物,血塊等. (乙)尿路之壁因病而改變,如粘膜炎而腫,長瘢痕,變狹窄,生腫瘤等. (丙)能動腎致輸尿管糾搭.

(丁) 鄰物壓逼,如腫瘤,瘢痕等.(見於盆蜂窩織炎之後,或直腸或子宮癌等).

有祗累一腎者,因輸尿管不通,或管入膀胱之處有病. 二腎受累者其原因多在膀胱之下.須知腎盂積水非因輸尿管忽全被梗阻所致.若係忽被石梗阻,或外科割除子宮等而誤縛輸尿管,該腎雖暫泌尿,不久因尿之壓力漸大遂無力泌之,後則腎之主質漸萎縮.但未滿六星期而管復通者,大抵復能泌尿. 若時通時阻,或不全阻,致尿有若許流過令其壓力減小,則成腎盂積水矣. 若為尿道忽全不通,則膀胱漲大而破裂,或尿道破裂.若尿道漸被梗阻,多致腎盂積水.

病理的歷程 尿被梗阻之結局,先則輸尿管與腎盂擴張,而腎盞次之.厥分二類: (甲)腎性腎盂積水.(第四百四十四圖). 致腎盞膨脹成圓窩,故腎外面有多不規則之凸處,各凸處係指明其下為窩.惟腎盂仍不腫脹,只由小孔與窩處相通.

盞內亦可存砂粒積成石,其石可長大而分枝,除去甚難.

(乙)盂性腎盂積水.(第四百四十五圖). 乃盂甚腫脹,而成一大空腔以通諸盞,故若盞有石則易出而入盂. 腎錐體漸被壓平. 腎外質擴張而變薄,故腎較大於常.腎外層畧被浸潤.初時泌尿常不少,然比重較輕.

第四百四十四圖

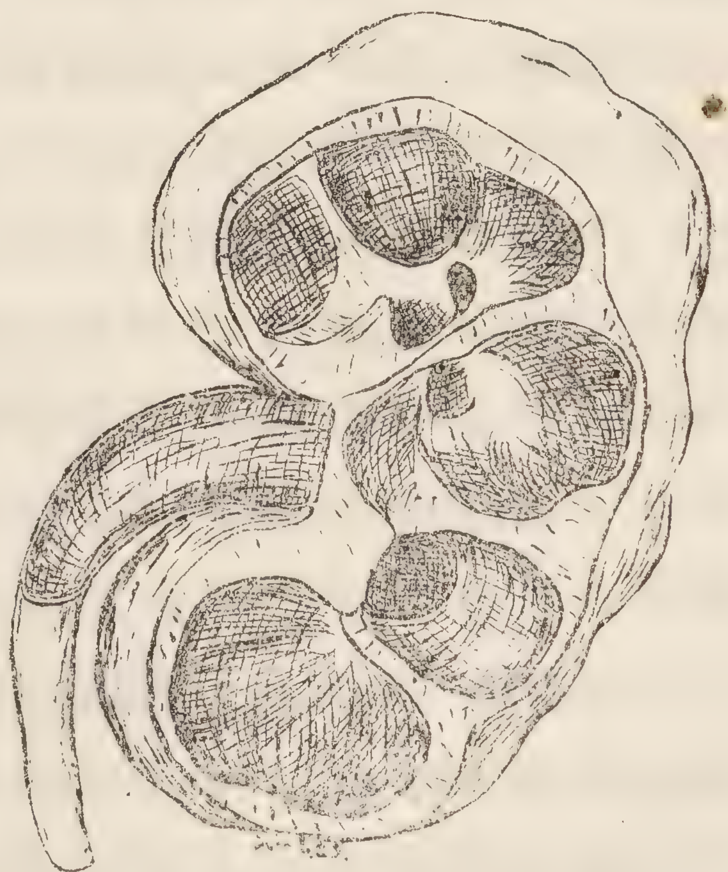


Fig. 444.-RENAL TYPE OF HYDRONEPHROSIS
腎性腎盂積水

若尿仍被阻,則腎組織漸萎縮,後至無有,而腎壁變薄則成多房性囊腫矣. 無論何時倘兼染膿菌,則成腎盂積膿 Pyonephrosis.

臨診的歷程 按原因及來歷而異.腎多漸大而不痛.若二腎俱患,初即尿多,色淡而淸,比重較輕.後則尿少,竟至絕無而成尿毒病.化膿者(非罕見)尤然. 倘一腎病則尿之多寡性質或如常,因彼腎有代償性肥大也. 腎盂積水者,成爲有彈力性之團,該團若大亦有波動,且現腎腫大之各狀.(見一千零零一面).當初腫脹之時大約疼痛,小便頻數.倘日後腎盂或輸尿管生潰瘍,則成腎周圍膿腫.若膿腫由腰穿破,則腎囊腫之內容或亦由之而出. 間有腎囊腫之大小隨時而改變者,蓋因多積尿則壓力愈大,甚至尿能通過梗阻處而排出,故腎又變小也.

第四百四十五圖

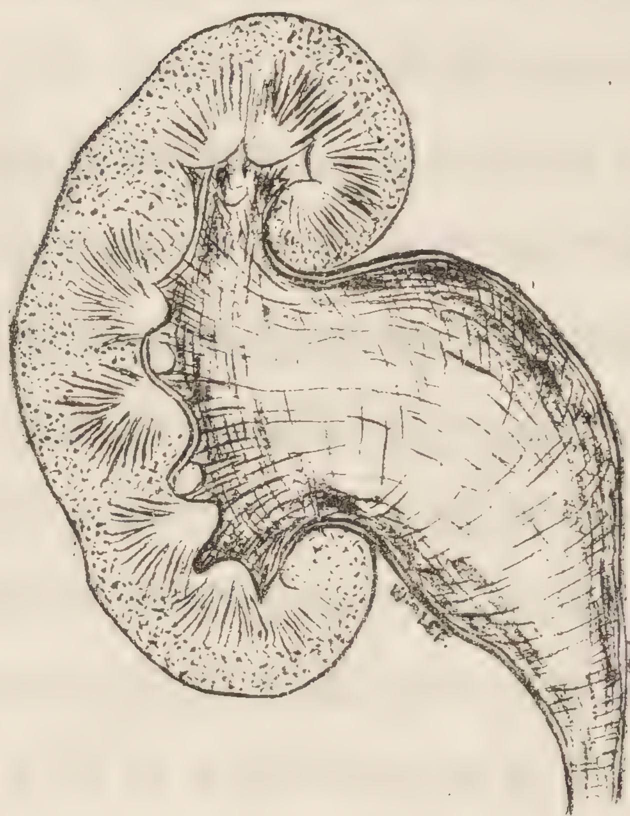


Fig. 445.—PELVIC TYPE OF HYDRONEPHROSIS

盂性腎盂積水

凡因輸尿管上端先天狹窄,或因該管經過腎動脈之一枝被糾搭者,則病者之腰部間時發痛而腫,休息則瘉.有時兼現尿異常之狀.但多誤認爲輕類胃肝病,或輕類闌尾炎. 每次發後腎盂或署炎,遲早其病忽成急性而漸重.若不治之每至化膿而穿破,此非罕見者也.

治法 宜先設法除去病原.梗阻在前列腺或尿道者尤宜如此.至於輸尿管上端有先天性畸形致腎盂積水者,有時能施手術,即將輸尿管移接於正位使通,或割開腎盂.將管之窄口縱行切開,隨將刀口縫成橫形以免再閉,此等修補術有時頗收效.

曾見輸尿管成一襻形被壓於腎門血管之間,即將襻輕輕鬆解,尿遂循輸尿管而下,則腎盂積水瘉矣. 至於患較久而腎將

化膿或已化膿,約須將腎截除, 若爲後天性一側腎盂積水,或可施空針吸尿術,然此不過係暫時治法,且不甚妥當,大約後須施腎切開術,或能達至管之狹窄處而處理之.然大半不通之處較下不能達至,且病多較劇,非割除其腎不可也.

腎炎 Nephritis. 腎炎見於多種病症,內科學已論之茲不多贅. 但蛋白尿頗與外科有關,且凡宜施手術之病須先詳驗其尿.(見一千零零四面).

腎及輸尿管染膿病 Pyogenic infections of Kidney and Ureter. 原因不一,而所致之臨診症狀雖相似,然亦有能區別之點如下:(甲)有時口或他處染膿病之菌順血循環至腎小球,厥後由腎小管至腎組織及腎盂.亦有膿毒病之栓子隨血循環傳至腎,致腎患瀰漫性炎,並生多數小膿腫散於腎組織.有祇生單獨大膿腫者.腎患石,結核,或癌等病竈,若加以膿菌則更劇矣. (乙)若腎組織被膿菌所染,極易染至腎盂,致患膿性腎盂炎.後此或染及輸尿管,及尿路下部分等,則名下行性腎盂腎炎. (丙)常見膿菌從膀胱升至輸尿管及腎,如原發性膀胱炎,或尿道狹窄,前列腺肥大,膀胱石等病,致膀胱發炎而炎上行.須知輸尿管係斜過膀胱壁且有括約肌纖維環繞管口,故炎難向上行. 倘管口之粘膜亦發炎,致粘液成塊而塞其口,則細菌遂易由之上升矣.又有藉粘膜之淋巴管而致者,因輸尿管與膀胱之淋巴管相通故也. 若祇患膿性炎,則名上行性腎盂腎炎.倘兼因輸尿管不通而膨脹,則曰腎盂積膿. (丁)有時病質由鄰器官,如直腸或闌尾等之病,達至尿路.由直腸者,細菌藉淋巴管散布.由闌尾炎者,恐因膿腫穿腎或輸尿管,抑或因其炎之滲出質累及該管.在女子因其尿道短,故傳染物易由女陰而至. 常見之細菌,乃葡萄球菌,鏈球菌,大腸桿菌.(大腸桿菌常於膀胱炎見之).

(一)腎盂炎 Pyelitis. 此係腎盂及腎盞俱炎.有時輸尿管亦然. 其重要之原因如下:

(甲)有因含腎石,或有痛風病,而尿酸晶由之經過者. (乙)腎有原發性結核病,或由膀胱上行者. (丙)因膀胱或尿道有膿性炎而累及者. (丁)腎有惡性腫瘤. (戊)間或因能動腎或浮動腎所致. (己)因服激性藥,如洋斑蝥 cantharides, 松節油 turpentine, 畢澄茄 cubebs, 哥拜巴 copaiba 等. (庚)因異物,如針,鎗彈,寄生蟲(如埃及血吸蟲或巨圓蟲 Eustrongylus gigas)等. (辛)因毒血病之栓子傳至腎血管. (壬)或因傷風 Cold. 輕類而在初期者,或為單純卡他性炎,但久則多變成膿性炎.

任為何故,病理之現狀約同.粘膜充血而變厚.分泌粘液性膿或膿.因粘膜腫,故輸尿管入口較窄,致腎盂及腎積水.若有細菌侵入,如由膀胱積尿而膨脹者,則腎難免被累,(致成腎盂腎炎). 厥後或於腰部成尿性膿腫 urinary abscess. 或成膿性腎周圍炎.

症狀 病腎有痛及觸痛,小便頻數,尿係酸性,間時帶膿. 粘膜炎而腫致輸尿管入口閉塞,故腎盂暫積膿並尿以至漲滿,則壓力大致逼開其口而出. 倘以上之患係繼慢性膀胱炎而起.若膀胱內之尿已變鹼性,則輸入之酸性尿必改為中性.病者大抵夜間發熱.

治法 宜治其病原.若有可除出之物,如石或異物,須施手術.若為由膀胱上行者,宜先治膀胱.若為單純卡他性炎,則宜溫煖其身.飲食宜用溫和之液體品.並服猶羅妥品 urotropine 及鹼性與安撫劑.倘無效,而腎痛,尿內帶膿,則恐有石,可用X光線照之.或須將腎盂剖開暫施引流法.

(二)腎盂腎炎 Pyelonephritis. 此係腎盂與腎主質同發炎也.其炎多屬膿性.原因或由上行性尿路下部炎,或因腎或腎

盂有局部患如結核或石等病而致.

凡腎盂炎者腎則充血.病較久而腎盞染菌者尤然,則難免發亞急性腎間質炎. 至終期細菌浸潤腎錐體,沿淋巴管或腎微管上行則成膿腫,散布於腎之結締織中或腎微管內,皆大有妨於腎之排泄作用. 散布之小膿點或聚合而成大膿腫,致由外面亦能辨認.但尋常未成大膿腫之先已因毒血病或尿毒病而死矣. 由膀胱上行者或忽然而起,症狀甚急,此多因施手術,或因膀胱染菌極甚而施導尿術所致.其菌沿輸尿管粘膜之淋巴管上行,未幾累及腎盂,如此者或生多數性粟粒形膿腫散於輸尿管壁.

臨診歷史 急性者起始發劇烈之寒戰,腰背頭俱痛,嘔吐,甚渴,倦睡,甚或至昏迷. 寒戰或再發,或熱稽留而不甚升高.但已顯或將顯尿毒病者,體溫或過低.腎增大可捫出,且有觸痛.尿少或無,尿色極深,含蛋白,或含血,且有若干膿,其膿大抵由尿路下部而來.繼膀胱久病而起之重者豫後頗不佳,大約因尿毒病而死,因二腎多受累也.其不甚急者,如少年繼桿菌性膀胱炎而起者,病勢於數日內減輕不少,且暫痊癒,但尿內多帶桿菌而復發者亦多,有時膿腫繼起.

慢性者,發熱,先輕漸增高而爲癆瘵熱類. 腎略增大而有觸痛.尿含自腎盂來之上皮細胞,或腎管型. 早期尿性酸.晚期變鹼. 病進行體温愈高,身體消瘦,胃口不開,消化不良,夜微譫妄.倘非除其原因,或治療不得法,則多因尿毒病而死. 若能處理原因或可痊癒.但腎之損害爲恒久性,難免有輕重不等之硬化.

治法 慢性者當去原因.但醫者須知探查及手術若不審慎,可使慢性病變爲急性. 有時先宜灌洗膀胱,且由會陰剖膀胱較擴張或割開尿道之狹窄處爲有益. 設前列腺增大或膀

胱生石,則未處治之先可灌洗膀胱數日,以減染菌之險.又可令患者安臥,勉其多飲無激刺性液體品.倘尿多含大腸桿菌,則可以本人之菌製成伐克辛,注射數時,且漸增其劑量.但或無大效,因菌居尿路內不易受血之影響也. 病者久居海濱或爲有益.最要須用法免受潮濕及寒冷. 尿內多含桿菌而尿器無大病者可用輸尿管導尿管灌洗腎盂甚效;如硝酸銀溶液 $\frac{1}{15000}$ 或用膠性銀稀釋之至 ½一¼ 亦可,但非經驗家不可施用. 急性者宜偃臥.令其溫煖.多食液體品,如牛乳薏米湯等.忌用興奮劑及鴉片.可用熱氣浴法,濕布裹法.皮下注射疋羅卡品 pilocarpine,令之發汗.並服水瀉藥,如乍拉 jalap, 斯坎摩尼亞 scammony 等.腰處敷熱濕布,或施杯術. 倘尿仍少.或全無.或有化膿現象.則以剖開腎而引流腎盂爲要圖. 此手術之效有時甚速而昭著,而尿復生.

(三)腎盂積膿又名膿腎 Pyonephrosis. 此係慢性腎盂腎炎,兼腎盂及輸尿管擴張,因尿路受阻所致. 祇一腎患之,多因石或結核病,致輸尿管粘膜腫而尿路梗塞.倘因尿路下段梗塞,往往兩腎並患.腎盂之粘膜發炎變厚,或致成潰瘍.其腐壞之尿及膿屯積於擴張之腎盂及腎盞,且或漸長軟而易碎之燐酸鹽性石,縱開始之原因非石亦能如此. 膿之出路有時被阻或致膿屯積而成腎膿腫.輕重不等之腎周圍炎亦兼常見.

症狀 與腎盂腎炎相似.惟兼腎擴張.疼痛.及觸痛.尿所含之膿多寡不等,且爲間發性. 平常體溫畧高,夜間尤甚,因吸收毒物也.身體漸弱甚至消瘦.舌乾.不思食.或噁心.嘔吐, 小便常少;若兩腎皆患則尿量漸減,甚至成尿毒病而死然有因毒血病或膿毒血病而死者.

治法 因尿道或前列腺病致兩腎受累者.則不可治療其腎. 若患祇在一腎,且非由尿道下段病繼發,可切開該腎.若能除去其原因則除之,否則可於膿腫腔施排液術,或截除病腎.

(四)腎膿腫 Abscess of Kidney. 約由上述諸患繼發,蓋菌由下上行至腎而膿積於腎盂及腎盞所致.抑或與膿毒血病併發,或隨傳染性熱病後而起. 腎膿腫多致急性腎間質炎,其膿腫爲多數性,起初小而居腎微管間或微管內.腎錐體紅白相間,因膿侵入之故.錐體底之外質亦生數小膿腫. 若相合則成一大膿腫. 在膿毒血病類先顯血管梗塞而後成膿腫,其梗塞居被膜下,爲柯柯色,形如楔狀,後化膿而色黃白. 腎增大而有觸痛,由外可捫出,但鮮查得波動狀. 膿或穿入腎盂由輸尿管排出.但因尿路梗阻致有上行性腎盂腎炎者則不然.炎易藉腎質外傳,致患膿性腎周圍炎. 症狀與急性腎盂腎炎者相似. 治法施腎造口術以設引流,或截除病腎. 較慢性者其原因大抵爲結核性,腎或增大,祇見腰處發腫.但尿未必帶膿,因輸尿管或被塞之故.

(五)腎周圍炎 Perinephritis. 若未化膿不能辨認. 原因或係外傷染菌,或因腎盂及腎盞之潰瘍累及之,或因腎或腎盂化膿壁雖未潰爛而菌仍向外穿,或因鄰器官,如腸,闌尾,胸膜,脊柱,肋骨等發炎所致.

症狀 有急性慢性之別.急性者,顯腰深處化膿之狀,即硬而痛性腫.體温升高,初或有寒戰. 軀幹強硬而偏向病側. 若已化膿按之或有波動.但因膿腫甚深,故早期不易捫得.其膿腫多向骶棘肌外緣穿頭,或向前穿於腹肌之間由腹前壁破出.有時穿至腹膜腔或胸膜腔或腸內.若穿至皮面,則皮顯充血及水腫. 慢性者,無特殊狀,迨成可捫出之大膿腫時始有之. 有時不化膿,祇使腎與鄰件粘連,致施腎截除術難而且險.

治法 化膿者宜在骶棘肌外緣開口放膿,遂細探膿腫腔斷定其原因施以相當治療.

腎結核病 Tuberculosis of the Kidney. 分三種：(甲)急性全身結核病 acute general tuberculosis 兩腎皆有粟粒形結節散佈.惟無特殊症狀.患者多係小兒.無法可治. (乙)由膀胱上行性結核病.每累及兩腎.輸尿管之粘膜變厚,而成水腫性含結節之肉芽織,腎盂腎盞亦然.其結核質卒由腎錐體侵入腎主質.患者多係青年男子,因易患生殖器結核病也. 症狀 兩腎增大,半因腎內有結核,半因輸尿管被梗阻所致.早期其症狀與膀胱結核病者難鑒別.間或繼發腎周圍膿腫.病者因力衰竭,或吸收膿毒或成尿毒病而死,無法治療. (丙)原發性腎結核病 primary tuberculosis. 多在一腎.初起有結核見於腎外質,或一腎錐體底處.有時早累及腎盂致成潰瘍性炎,或侵入腎主質使成乾酪樣變,慢性者卒或有石灰性變,甚至能於X光線之照片成影.累及腎盂者則盂患結核性積膿,後延及輸尿管,甚或達至膀胱(見後第四百四十六圖). 患結核之輸尿管每變粗而硬,因粘膜被浸潤之故.尿及膿液之出路被阻.病甚久者輸尿管收縮將其在膀胱之出口牽上,致胱內成凹. 有時腎臟有慢性化膿則有多量之膿為壁變厚之輸尿管所阻,無法排泄. 膿性腎周圍炎亦或繼之而起,致成膿腫向外穿頭.

症狀 早期無特殊狀.患者多為青年.男多於女.小便頻數並一側腰痛,縱安靜時二狀亦不減輕,晝夜皆然,或夜間畧重.大抵為恒久性痠痛,惟遇排泄粘膜碎塊或乾酪樣質時,則益劇烈而畧似腎之痠痛.尿性酸而兼帶若干膿.或可查得結核桿菌,然平常非用遠心器使尿沉澱而查之,或培養其沉澱物,或接種於畜類,不能查得.尿血者少.在初期有時尿含蛋白而無膿. 腎畧增大,初無觸痛,後則腎體頗大而痛,內含多膿,甚或含燐酸鹽石,乃有觸痛. 較久者體漸消瘦.晚間盜汗發熱.

診斷 若查尿內不見結核桿菌則屬疑案,因此病與腎石之症狀相似也.當視其年齡,詳詢其本身及家庭之歷史,並檢察

其他部(如生殖器)患結核病否。用細菌學法檢察其尿可决定者非鮮。且結核病其痛少關動息,血尿及痠痛亦較腎石者少,觸痛亦較輕,又不若腎石之較爲常見。以X光線照之亦可定石之有無,但乾酪樣質變成石灰性質亦成影。用膀胱檢察術於初期在近輸尿管口處,或可見結核潰瘍,或見該口縮而成凹,因輸尿管變爲一固體索也。倘終不能鑑定則割開腰處檢察之。若係腎石則腎外面一律平整而色深紅,若有數處軟化者乃現藍紅色,且腎盂與輸尿管上端每弛緩而擴張。倘係腎結核病其面則有斑點,色淺,可捫出播散性硬結,係乾酪樣質所成,壓之則成液體,剖之則流乾酪樣膿,輸尿管上段常變粗而硬,有時可由直腸或陰道捫出。患腎石之輸尿管或無改變,或擴張而壁較薄。

治法 初期可用療結核病之常法,(見一百二十七面),服木焦油(幾阿蘇) creosote 十五至二十滴,每日三次,用結核菌素小劑亦有益。至於施手術不可耽延過久,免病蔓延致有劇烈之結局。當剖腎診察時若見患處不大而未累及腎盂者,有時能截除或刮除其結核質,傷腔塗以液體石炭酸,用紗塞之。有時能將腎外質截除一楔形塊而縫合傷口,但強半病已延及腎盂,輸尿管,腎盞,或腎內有多數含臭膿之囊則不能施此保守手術。若外科士能審定彼腎無病,可將此腎截除,並謹慎將輸尿管受累之段在其下之去離最遠處截除之,刀口或須向下延長行之。在腎周圍膿腫者宜割開腰處放膿,且可由此探腎,或有必須則截除之。

腎石 Renal calculus. 此病多見於有結石病 lithiasis, 卽尿含砂者(見一千零零七面)。夫腎之結石 concretions 初自腎微管而來,爲晶體,尋常微小,流入腎盂,過輸尿管達膀胱。若晶體大或形狀異常,或腎微管狹窄而不能排出,則稽留於腎質或腎盞,久則該物集壘增大,甚致顯現症狀。腎石往往不甚大,但間或

腎盂全部及數腎盞盡爲所佔而塑成盂盞腔之形. 若腎盂有多石,約常相擦致各石有數小面. 按化學論該石多爲尿酸或尿酸錏 ammonii uras 所成.有時爲草酸鈣 calcii oxalas, 或燐酸氫鈣 calcii phosphas acida 所成.

病理現象 視石之大小形式多寡及位置而異. 若石在腎主質或無大礙,蓋爲肉芽組織及甚堅固之纖維被膜所包. 然有時被膜之壁成潰瘍,致膿性腎周圍炎.如此則石或入膿腫之腔,且或自從腰處排出,或被除去,終或遺一尿瘻. 有時石固定在腎盞之頸而不活動,則盞擴張致成限局性腎盂積水,而所蓋覆之腎組織甚薄. 有時腎盂充滿分枝之石,則石不甚活動,多致膿性腎盂炎,甚至腎組織大受損傷. 腎周圍炎亦或踵至,成膿與否不定,後亦或致尿瘻. 倘石佔據腎盂而活動,則致腎盂發膿性炎.且因粘膜腫,並石堵塞輸尿管上口而阻尿下流,故腎盂擴張而成腎盂積水或積膿. 若石向下經輸尿管,則致腎痠痛. 形小而滑者則達至膀胱非甚難,後隨尿溲出,或停留於膀胱致成膀胱石. 有時石大或形皺則塞於輸尿管(多在上段)而尿路有急性梗阻,致腎不能泌尿,終則變壞. 倘彼側之腎已失其作用,或兩輸尿管同被梗阻,而不救治,則病者數日內因尿閉而死,是名石塞性尿閉. 有時石潰穿輸尿管壁,致患腹膜後尿性膿腫,或間致膿性腹膜炎.若輸尿管不全塞則腎改變較緩,結果乃腎盂積水或膿.

症狀 其標準者如下,腰處常痛,且或爲陣發性,運動或受震盪時尤甚,其痛常映射至遠處,平常循生殖股神經至股前,兼睪丸提縮,(在女則痛射至大陰唇),有時痛亦映射至股後處. 小便頻數而兼帶血,並或有膿,出力時則血膿更多. 若腎盂擴張則腎有觸痛,且易捫得. 若石在腎主質,雖顯特殊之痛,然泌尿之作用不受大影響,若向患側臥則痛減輕,按之雖畧痛,但腎不甚增大. 若石在腎盂或一腎盞,則以上所述之標準狀甚顯.

夜臥恒向無病側,因腎增大壓之覺痛也. 然間有大石在腎內多年仍無症狀發現者.

腎痠痛 Renal colic. 此係石過輸尿管所致之狀.痛在腰部,暴發難堪,並循生殖股神經而傳.常有嘔吐.精力虛脫.其人倒地.因痛而輾轉.額汗如珠.體溫降低.脈弱而快.常顯痛性 Strangury 小便困難,小便甚頻而有陣發性,每小便時祇出含血之尿少許. 痠痛之時間長短不等. 若石已過輸尿管入膀胱,或滑回腎盂,則痛忽止.

石塞輸尿管 Impaction in the Ureter. 或在腎盂之下二吋,或近盆上緣,抑或近通膀胱之口,或由該口突露. 尋常祇一石,間或較多,罕有大於咖啡豆者,多係長形而狀如棗核. (有時石留於輸尿管內頗久而尿畧能流過. 石之體積漸大.曾有重八百喱者.在石上之輸尿管甚爲擴張幾等於腸曲,且有膿充滿).

腹壁薄者或可捫着.倘在輸尿管下段則恐由直腸或陰道可捫得之. 痛期爲數日或數星期,兼尿含血,且痛處漸下降者即可擬爲此病. 結果或致潰爛管壁,穿入腹膜後組織則成膿腫而排出.然強半致腎結構紊亂,則不能泌尿而殞命. 間或兩腎均完全失其作用,即此腎因石梗塞輸尿管令尿反壓所致,彼腎因反射性尿閉所致.(曾有患尿閉者症狀均顯於左腎,無X光線照之,是以在左腰部施手術,但不見何患,及開腹膜則知右輸尿管內有石梗塞,遂在右腰部開口而除出之,厥後尿即復生).

石塞性尿閉 Calculous anuria. 若祇有一腎能行功而其輸尿管被石所塞則患此. 起時腰部忽痛,歷二三日或止.早期尿未全閉,每數小時出色淡透明之尿數兩,間有尿量過多者,遲早必顯尿毒病,大概尿閉七八日則顯. 但不全塞或先有腎積尿者則成尿毒病較緩.尿毒病之初起,恒有嘔吐,脈緩而洪後漸

變亂,瞳孔縮小,肌微戰,體溫低於常度.惟昏迷及搐搦罕見.然無呼吸困難之狀.

診斷 若無尿砂及腎痠痛之病歷則診斷難確.與腎結核易於混淆,其鑒別已詳該病診斷法. 現行確定腎石或輸尿管石有無之法,係照以X光線,除純粹小尿酸石外其餘悉可映見.X光線查法已詳本章.初查倘猶有疑義,宜待二三日再照一次最佳. 若腎內有小石因故暫緩手術者,莫妙於將施手術時再用X光線判決之,因曾有石於延待期間內從腎下移離輸尿管下端一二吋而無移位之狀足資辨認也.

治法 初期當治其結石之病.(一千零零八面).飲食起居宜有節制.令其飲鹼性水類,或服枸橼酸鋰 lithium citrate 與硫酸鈉 sod. sulphate 之調合劑,並多飲非激刺性液體如經沸之水或蒸餾水,希冀使石軟化而助之下入膀胱. 有時因病者靜息而石可被結締織所包,則症狀漸退,至終全無. 腎痠痛時宜用熱水坐浴.飲熱液體品.用嗎啡及阿妥品 morphia and atropine 注射皮下.倘痛更烈則吸哥羅芳. 昔日僅憑病歷或症狀以定腎石,故宜立施手術與否實一疑問.然當時嘗有名醫謂腎石實屬危險,雖未致疼痛,苟一查出有石,若病者對於手術無何緊要之反徵,則宜施手術治之.近今X光射線攝形術已大發明,此說益足徵信.在尿含膿血多而體溫升高者尤然. 縱兩腎俱痛仍可施手術,因此腎治痊後可再治彼腎也. 恒尿砂者亦可施此術,蓋取出大塊石後調節飲食及服藥或可阻止石之再成也.

腎石截除術 Nephrolithotomy. 剖開腰處細心將腎自其接連物分離,牽腎至割口,如此大半可以露明.然後細捫其腎全體及腎盂並輸尿管上段決定石在何處.若捫之在腎體中,或腎外質一處較薄,宜切開主質,雖出血甚多,然以指插入割口,或在腎門壓動脈,血即易止. 若捫之不得,可用針刺入探之,仍不得,

則在腎凸緣對中線微後,適在三分之下中二份交點處剖開,可達至下部腎盞之一,用指及探子細探腎盂內. 然不宜多切開腎主質以覓小石,因出血必多,雖用縫線止之,但過六至八日則線被吸收,或有繼發性出血,甚至傾命。 倘腎盂擴張殊甚,且前曾洩膿尿頗多者,宜謹愼以免周圍之組織受其染,須以無毒紗塞割口之諸角腔,並令助手壓按腹壁。 倘腎主質出血大抵可用縫線制止,或在割口另用海綿或紗塞之.無庸在腎主質中用線縛割斷之血管.倘血不止,宜用褥縫術,且緊結之。 後將腎復還原位,平常宜用引流管插至腎縫口,然後按常法縫合腹壁. 從前多由腎外質剖割,非直接切開腎盂,約謂腎盂割口難癒合,且易致尿瘻,然此說非確,蓋晚近外科家若視切開腎盂便於除石卽施行之也。 其割口之大小應以小指一節爲合度. 遂用雙手診察腎之全體,用腸線正確縫合刀口,大抵速痊,但線不可穿過粘膜. 取石器乃用敷裹鑷或匙,須防小塊滑入輸尿管. 若爲分枝之大石,常有腎組織包繞頗緊,宜割一大口,細心剝開腎組織除出之. 尋常不必灌洗腎盂腔,倘或擴張並化膿,始可用昇汞或過錳酸鉀之熱溶液灌之. 腎或腎盂割口未縫之前宜細探輸尿管,有時可由割口插一輸尿管探子,但未切開腎盂者行之頗難,莫妙在腎漏斗開一小孔便能探及.後用連孛氏縫術 Lembert's suture 縫合之.

欲探查及顯露輸尿管,割口須向下前延長,與腹股溝靱帶平行而向腹股溝管,遂將腹膜及其內容悉推向內,則可向下追踪附麗於腹膜後壁之輸尿管,直至距膀胱不遠. 若有石梗塞輸尿管近下端處,則施行輸尿管石截除術 ureterolithotomy, 病者作垂頭仰臥勢 Trendelenburg position. 其施法有二:

(一) 割過腹膜手術 Transperitoneal operation. 係在正中線割一口以探石之所在.若能以指導之至較易接近之處尤妙.然後割透腹膜將石除出,用一或兩行連孛氏縫線將割口縫合.

(二)腹膜後手術 Retroperitoneal operation. 其割口須與縛髂總動脈者相似.推腹膜與其內容向內,即易覓見輸尿管下行於其後方,引石由盆內向上而除去之.石小者輸尿管縫合與否則結局相等.石大而膿多,最妙則將輸尿管引流一二日. 手術前局部之情形既難確定,據余所見施腹膜後手術少有危險.石塞輸尿管之近膀胱處,曾有由直腸或陰道截除之者,亦有截除骶骨一塊以取出之者.

倘腎結構完全紊亂可施腎截除術 nephrectomy, 但有時不宜,在膿性腎周圍炎而成瘻管者尤不宜,蓋因腎組織每全被毀滅,且或有解碎之石性質充滿腎盂,而繞以密實之纖維瘢織,故除之頗難且危險.相當辦法,爲除石而潔治腎盂腔. 若在腰部排膿及尿甚不便,可採用豪慈氏 P. Holt 法縛其腎動脈.

腎腫瘤 Tumors of the Kidney. 分良性惡性二類及數種囊腫病. 腎增大之狀已詳於上(見一千零零一面).

良性腫瘤 (一)瀰漫性囊腫病 Diffuse cystic disease. (或曰腎腺瘤)爲先天性或後天性. 兩側齊患者不少,在先天性者尤然. 腎體擴張而充滿多囊,囊之大小不一,大概小於核桃,囊裏襯以扁平上皮,充滿含尿素 urea 及膽脂素 cholesterine 之清液,各囊或凸於腎面似彈力性結. 病未至後期則腎盂不受累(見四百四十八圖),大抵全腎俱患,增長極大,易於捫出,且可捫出囊腫面之小結,間或祇累腎之一處. 原因無定,或因初腎 mesonephron 留存在腎內,後發育而成囊瘤. 早期或無顯著之症狀,或因瘤大而腰部覺沉重,後期則妨礙泌尿之作用,卒致機能不全而成尿毒病. 因二腎常有兼受累之趨勢,故雖施手術亦屬無益.

(二)乳頭狀瘤 Papilloma. 此瘤甚罕,生在腎盂內而成絨毛狀團.其構造與膀胱乳頭狀瘤無異.患者多係老年人.症狀除

劇烈之尿血外或無他狀.不易診斷.若施探察術而覓得之則能妥爲除去.

惡性腫瘤 分列於下:

(一)嬰兒肉腫瘤 Sarcoma of infants. 先天者不少.或起於嬰兒時代. 有被膜包繞,腎組織或展薄而蓋其上.係圓或梭形細胞所成.梭形者或有橫紋與肌纖維相似(肌性肉瘤).增長極大.二腎或皆受累,惟不作痛,亦無血尿,終則致命,因肉腫瘤蔓延或力耗竭,或因血循環梗塞如肉腫瘤之栓子脫落上行至肺以塞肺血管所致. 治法腎截除術多收效不良,施術之死率甚夥,且手術後不久易再發.手術不甚難,惟割口宜大,且愼勿傷毀已移位之鄰物,如下腔靜脈等. 若二腎皆患則無法可治.

(二)丁年肉腫瘤 Sarcoma of adults. 在三十至五十歲之間.係梭形細胞所成,每從被膜發生. 多患在一腎,增長甚速,血尿並或作痛. 有石在腎盂者非鮮,或爲原因或爲結果無定. 他器官亦有繼發性肉腫瘤.侵過腎被膜者不少.常因力衰竭而致命。施腎截除術不甚奏效.

(三)發原性癌 Primary carcinoma. 此病罕見.症狀除較疼痛外與肉腫瘤相同,非用顯微鏡不能鑑別. 然有一狀極與腎癌有關者,即精索靜脈曲張,此因增大之癌性淋巴腺壓睾丸靜派根所致,故老年人患精索靜派曲張者宜細察患側之腎.

(四)腎上腺腫瘤 Hypernephromata. 爲腎腫瘤中之最常見者(佔百分之七十五至八十). 大抵由移位之腎上腺或副腎上腺而起,原發於腎外質,爲限局性,漸次增大侵佔腎盂. 質實,然有壞死軟化之區,且有出血之深紅區,切面形色不一,呈現燦爛之黃色區. 驗以顯微鏡其狀態極與腎上腺之束狀帶相似,但醫界不盡據此說以解決其發生之問題. 其性惡,循血管而傳播,致肺肝或骨亦有繼發性腫瘤.(見四百四十九圖).

腎上腺腫瘤大抵見於五十至七十歲之老人,發長不甚速。能致血尿,在後期始顯,且不似腎之他種惡性瘤之恒久. 疼痛頗劇而映射腰部,其痛分兩類,一恒久性痠痛,或甚重而苦煩.一痠痛,因血塊下行經輸尿管所致. 腎增大,每顯著,惟膨出腎被膜外者則現不規則之狀. 治法肺或他處若無繼發性腫瘤之據宜割除之. 病較久者其手術殊覺繁難,因周圍粘連甚緊,且或有劇烈之出血也.

囊腫病 Cystic Conditions. 除已詳於上之瀰漫性囊腫病外,尙有數種囊腫須特舉之.

(一) 包蟲囊 Hydatid disease. 染腎一如染他器官.起於腎被膜下,抑或腎主質. 起於腎被膜下者形圓而凸,或在腰部可捫出. 起於腎主質者將主質擴張,甚或完全毀滅,且或穿入腎盂,則包蟲囊過輸尿管致有痠痛. 或兼化膿,但囊未破入腎盂者非施切開探察術不能鑑定. 治法割開腎而剜出包蟲囊.倘不能可排出其液.但病劇烈者須施腎截除術.

(二) 皮樣囊腫 Dermoid cysts. 亦嘗見之.

(三) 漿液囊腫 Serous cysts. 不甚多見.大抵由腎微管或淋巴管被梗阻所致.形圓而多寡不一. 由外質凸出,內有含蛋白及鹽類質少許之淡液. 若非因體積之故則無症狀. 治法.將液吸出,或用排液法排出已足. 若施手術偶遇體積大者.宜切開之,隨或剜除之,或割除外壁而留內壁與腎被膜連續.

(四) 慢性粒狀腎炎 Chronic granular nephritis. 亦往往生多數小囊腫.但對於臨診無何關要.

腎截除術 NEPHRECTOMY.

施此術之病如下: (甲) 腎結核病,用他保守法無效,或病已頗延及腎盂與輸尿管者. (乙) 腎盂因石積膿而腎主質毀壞者. (丙) 腎盂積水,用姑息療法或引流法無效者. (丁) 惡

性瘤.（戊）腎損傷,如壓碎或破裂,而腹膜兼破裂者尤然.（已）亦有因輸尿管破裂者.

未施截除術前宜察彼側之腎存在否,並彼腎將來堪勝其加重之任否.檢察之法見一千零零二面.截除之法有二,即由腹或腰部截除是也.且有經驗宏富之外科家主張二術兼施或改良之也.

由腹截除術.若腎甚增大此術或有用,因易達至腎體及其蒂也.强半將腹膜割開,倘腎盂及輸尿管上端充滿腐臭之膿,須謹慎保護腹膜免染膿毒.但仍須在腰部開一相對之口,以便排液物達至所遺之腔.（此術之優點,能先察明彼腎之情形也）.技術,須將結腸及腹膜自腎面剖離而推向內側,若腎與鄰物粘連宜分開之,外科士宜愼解離腎被膜與腎圍組織之間.處理其後面須特別小心,在右腎尤然,因有時與下腔靜脈粘連也.遂將腎提上使其蒂之輸尿管並血管與他件分離,血管須一一用夾拑其遠端以綫縛而截斷之,對於輸尿管亦然.惟先以紗布圍繞以免分泌溢出.最妙用烙器截斷輸尿管,並消毒於其粘膜.（或用石炭酸消毒亦可）.於是將腎摘出,由腰或腹前置排液物,照常法縫合腹壁.受此手術者有時頗顯精力虛脫,且死率亦大.間或腎周圍之粘連過緊而廣闊,則祇能將腎自被膜內剝至腎門,遂將被膜扯破或割破以露出腎盂及血管,始可夾而縛之.

由腰截除術.腎不過大者可施此術.露腎之割口已詳前.將腎自周圍組織分離,照由腹截除術處理腎血管及輸尿管.若另施手術於輸尿管,須使割口延長,循腹外斜肌纖維之方向至腹股溝,推腹膜及其內容向前,則可向下探輸尿管幾至膀胱之處.但有時輸尿管俟異日截除亦可.所作之割口與截除輸尿管石同,已詳於前.

第四十章

膀胱及前列腺病

BLADDER AND PROSTATE

膀胱診察法 Methods of Examining the Bladder. 若病人自述小便頻數及他類慢性膀胱症狀，醫士須按定序查全尿路，先查病歷及特狀並尿之情形，隨則施膀胱診察術：（甲）令病者仰臥，露出下腹，用望捫叩諸法查腹下部以定膀胱緊張，或壁增厚，或生腫瘤，或致有異常之抵力.（乙）按以後詳論之法以探子查膀胱內，有時可查出有石或腫瘤或粘膜變粗澀否.（丙）當探子未拔出之先以指伸入直腸，（若係婦女則入陰道），使指尖適對探子，查其膀胱後壁之情況.若係男人，亦可按此法以查前列腺增大及精囊之情況.（丁）令病者小便，隨用橡皮管插入膀胱內查有無餘尿及其若干.（戊）用 Bigelow 氏排出器，（見四百五十五圖），非但能灌洗膀胱，且可查出探子所不能探得之小石.（己）近今檢查膀胱最有價值之法乃用膀胱鏡，該鏡係一直管，末端作鈍而短之角形，內置電燈，有金屬線由直管通過，鄰近角處有小玻璃窗，且有三稜鏡，如此醫士可由直管外端自鏡後窺燈所照及膀胱之部分. 未施此器之先有時須用麻醉術.有時宜以水或硼砂溶液灌洗膀胱，留餘水約十至十二兩，以免該鏡損害膀胱壁，因該鏡用至若干時每發熱也. 此法甚妙，但必精熟此術者方能收效而得明悉粘膜之情況. 另有改良膀胱電光鏡，始能將探子或小放尿管由窺鏡通入輸尿管.（庚）總之若治療後膀胱仍然過敏，不悉何故，可由恥骨上或會陰處用膀胱切開探查術.

膀胱緊張 Distended bladder. 在恥骨上處則顯球狀腫團或延至臍處，有時用目能見之. 叩之則有實響，而實響區一過恥骨聯合即顯不能移動，故與卵巢子宮腫瘤等有別. 一用直腸或陰道雙手診察法即知之，若有所疑則用放尿管可斷定.

先天膀胱病 Congenital Affections of the Bladder.

(一)膀胱外翻 Extroversion of Bladder. 此乃膀胱前壁及腹前下壁皆無，致膀胱後壁之粘膜露出，且因被內臟所壓而稍凸

於前. 在初生嬰兒,其外翻份之闊度一吋或略多,強半不齊,且顯乳頭狀突.輸尿管之口易見於其下部,並見其口間時有尿噴出. 病者頗不舒爽,非但因尿常淋漓致股及其周圍之皮擦破而生濕疹,且因粘膜被衣所擦則受戟刺而作痛. 此病每兼缺恥骨聯合,因兩側恥骨枝均祇至腹股溝而止. 兩髖骨外展,骶骨之前面左右畧凸,(尋常則凹). 盆有此畸形,故其步狀及行走之能頗欠缺. 陰莖上面亦裂至尿道,名尿道全上裂,且向上後而牽遮膀胱三角處,須將之牽下始能見二輸尿管口. 睾丸常停留於腹股溝管內,若已降至陰囊則偕有先天赫尼亞.其臍全無. 原因乃胎之尿囊 allantois 前壁及腹壁之下部發育不全也.迨產出時臍帶之下段變寬以作膀胱前壁而蓋翻面,後臍帶脫落則膀胱後壁必致顯露.(見四百五十圖)

治法 治此最難堪之畸形頗難滿意,故有人對於強半病案主張以器皿收尿,但亦未盡善. 有施下數種手術者: (甲)特倫 Trendelenburg 氏術.由背後斷兩側之骶髂韌帶,壓骨盆之兩側向內歸合,於是膀胱壁退後成一槽,俟傷口生肉芽而癒,則膀胱槽之底可用修補術以遮蓋之. 此術之劣點乃手術甚劇烈,且愈減少骨盆之拱力(因無恥骨聯合故原來拱力不大).

(乙) 曾有人發明一種修補術,與骨盆無何妨碍,惟其結局不佳,故近來不用. (丙) 最近有將輸尿管接植於腸內者,且謂尿入腸內可留數小時之久,尿出時亦不雜糞. 其法乃圍二輸尿管口將膀胱後壁之粘膜剖離一橢圓形塊(即膀胱三角處),隨將盆結腸割一豎孔,將該塊之粘膜緣與結腸粘膜緣彼此縫合,後用腹膜包二輸尿管. 用此手術百人中死二十人,然按此劇病觀之,此等死率亦不甚大.

(二)臍尿瘻 Umbilical Urinary Fistula. 此病有時見之.因臍尿管 urachus 未長合之故.

(三)間有直腸異常,而胎之一穴肛 cloaca 存留,則膀胱自受累(見前九百七十七面).

膀胱損傷 TRAUMATIC AFFECTIONS OF THE BLADDER

膀胱破裂 Rupture. 其破裂之故不一:(一)因膀胱漲滿時腹下部受直接暴力所致。(二)有因骨盆折片致膀胱直接破裂者,或因恥骨折片刺破膀胱.(三)有被穿傷破裂者.(四)除損傷致者外亦有因膀胱過漲而破裂者,其膀胱壁潰爛或成小囊,若小囊內含小燐酸鹽石而成潰瘍者更易破裂. 按腹膜被裂透與否分爲二類.夫腹膜乃蓋膀胱後上面,隨向前返摺以遮臍尿管,向旁側返摺以遮已閉塞之臍動脈,向後返摺至直腸,故膀胱破裂須視其腹膜破裂否.

腹膜內之破裂 Intraperitoneal. 較腹膜外之破裂尤多.其裂處乃在膀胱之上份或後份。所顯之症狀,即劇烈之休克,腹下部痛如火燒,常欲小便,但大概無尿,或僅尿血少許. 大約腹膜炎隨之而起,以致速死,若無善法治之尤速. 若將放尿管插入膀胱常無尿引出,間或帶血少許,但放尿管若偶插過破處達入腹膜腔始可引出多量帶血之尿,且在腹前壁下或可捫出放尿管尖. 若注射硼酸溶液若干兩視其回流幾何,乃爲最有價值之診斷,倘膀胱已破其回流者大抵頗少,然此法亦不甚可恃.

治法 速施開腹術,用棉球吸盡腹膜腔所存之液體以露明膀胱之裂傷. 若令其作垂頭臥式則裂處尤易顯露,但尿及炎液倘未吸盡不可作如此臥式. 隨用連孛氏縫術縫合裂口,縫線切不可穿過粘膜,縫處之長度宜過裂口兩端少許. 當插一柯氏 Keith's 引流管排液數小時以便除淨滲液. 腹壁亦照常縫合,即將病者舁置於床,每日放尿數次,或留放尿管於膀胱內而縛之,接以長橡皮管引尿至床下所備之器內亦可.

腹膜外之破裂 Extraperitoneal. 此累及膀胱前壁或底,致尿滲入盆蜂窩織內. 若尿已染菌則速起甚劇烈之膿性盆蜂窩織炎,常致毒血病,或膿毒血病而死.其膿或在骨盆上緣之上或會陰處穿頭. 治法.任於會陰或盆上緣須用剖開術剖通,若在盆上緣剖之或可達至膀胱之破裂處而縫合,或於膀胱內插一大管俾尿易於流出. 破裂處既生肉芽以封閉圍組織,則可將管撤去. 此病之結局視其尿潔凈或被菌染及尿存於組織內之久暫而定.

異物 Foreign Bodies. 由外進入膀胱之物有多種,如放尿管或探子之碎塊及釘頭針等. 常致顯慢性膀胱炎之症狀,且異物多包以燐酸鹽沉澱質. 須早用膀胱碎石鉗取出,若異物大或所包之燐酸鹽甚厚,可在會陰或恥骨上處施膀胱切開術.

在女通入膀胱最便之法係以指擴張尿道.

膀胱炎 Cystitis. 原因雖不一,究之每爲細菌所致.夫細菌有數種,常見者係普通化膿球菌,金色膿球菌更多,該菌及溶膠性尿素雙球菌 diplococcus ureae liquefaciens. 能分解尿素而生鹼.

且常兼見大腸桿菌,但此菌不能變尿爲鹼性,且於鹼性培養基內難生殖,故若無他菌混合,其尿雖至陳臭而仍有酸性. 菌入膀胱之路不一:(甲)有由上而來者,如腎或腎盂有膿性患所致,或由血入尿而至膀胱. (乙)有由尿道上升者,在婦女則甚易,因其尿道短而大,故女陰發炎時常波及膀胱發炎,在產後亦多見之. 在幼女則因女陰染糞,致女陰及陰道發炎,後則起桿菌性膀胱炎而出酸性尿. 在男子除曾患尿道炎,或尿道因經插器械被戟刺外,則罕見之,雖器械已消毒,常有粘液貼於尿道壁,致細菌藉此而入膀胱,若器械未消毒,則膀胱自尤易發炎.

(丙)有由鄰近器官來者,卽由淋巴管輸入,如直腸有傷卽易累及膀胱發炎.

雖膀胱存細菌未必致患膀胱炎,有時腎多流膿,雖久由膀胱經過仍不累及膀胱發炎,必兼有局部之素因始能發作. 其素因分列如下:(一)黏膜因傷風而充血,有痛風性者尤易,更有一類人在傷風時則患膀胱炎,如他人傷風時則患卡他性鼻炎或氣管炎然. (二)膀胱損傷,如內含異物或石或因施手術太猛,皆能助該處細菌易於發生而加增其活潑性並毒力.
(三)最要之原因,即尿瀦溜,如前列腺增大或尿道狹窄等所致.
如此則細菌生殖,將尿分解使之發臭氣而生鹼,則所產之毒素等激刺膀胱之黏膜. (四)尿含激刺性品如洋斑蝥 canth-arides(亦能致腎盂炎),另有易受激刺之病者,當服哥拜巴 copaiba 畢澄茄 cubeba 等藥時,則細菌反多得生機致膀胱發炎. (五)膀胱失神經節制亦為最要之素因,在脊髓受傷者多見之. 此等病者甚難救濟,雖對於陰莖並手及放尿管完全消毒,且於每用放尿管後用無毒敷料包陰莖,恐仍難免膀胱發炎,因染毒由腎或直腸而來也. 此等病甚劇烈,大抵毒由輸尿管上行以致傾命.

病理解剖 急性炎者,黏膜則充血增厚,上皮細胞脫落,排出黏液,不久變成黏液性膿,其性甚粘而量多. 膀胱壁或成潰瘍或腐脫,有時全粘膜死而腐脫,有時成假膜性炎,則常有若許大之膜片隨尿而出,係血纖維素所成. 若係慢性炎,黏膜亦充血而增厚,淺靜脈擴張或曲張,粘膜成潰瘍者不少. 小便頻數,則膀胱壁漸肥大增厚,致顯凸出之束,若兼小便有何梗阻則此狀尤甚. 黏膜在肌束間向外凸出似囊,囊內或結燐酸鹽性石而尿腐敗. 有時隨成穿通性潰瘍,則尿滲出,致腹膜炎或盆蜂窩織炎而殞命. 膀胱收小而肌肥大壓輸尿管口,常致腎積水. 有時粘液一塊梗阻輸尿管口,遂被細菌所染而及腎.

症狀 會陰及腹下部作痛.恥骨聯合之上有觸痛.膀胱過敏,常有陣發痛性小便困難,且頻數,(又名尿淋瀝 strangury), 每次只出尿少許,因所積之尿未至多即被排出也.尿強半含膿及血,速變鹻性,且多含細菌. 病者體溫較高.或兼嘔吐.且因直腸與發炎之膀胱相近致有裏急後重 tenesmus. 尋常其炎多自消退.有時膀胱過敏頗久.間或炎極烈而致命.如此者尿臭頗惡.其死之故.乃因力衰竭或腹膜炎或腎積膿或毒血病而然. 若炎勢集於膀胱頸,則尿或潴溜,致膀胱膨脹而後失其緊張力.

治法 最妙乃臥牀,寢室宜溫暖,以熱濕布敷於腹下部,早晚用熱水坐浴若許時頗有裨益. 食物宜用液體品如大麥大米等粥.服鹻性藥及黑莨菪(即亥俄賽阿末斯 hyoscyamus) 等安撫劑.亦可用嗎啡 morphin 及貝拉朵那(蘋茄) 坐藥 belladonna 以止痛,並減其膀胱過敏. 在病之急期非有尿潴溜不宜用放尿管.但尿臭甚惡則須灌洗膀胱,或由會陰切開膀胱而設引流法(見後). 又用抗尿菌劑如猶羅妥品 urotropin 五至十釐(.3—.6 gm) 日服三四次,或薩羅 salol 十至二十釐 (.6—1.3 gm), 或硼酸 acid boric 十五至二十釐 (1.0—1.3 gm). 並兼服燐酸氫鈉 acid phosphate of soda 或可奏效.

慢性膀胱炎 Chronic Cystitis. 此較急性炎多見,強半因膀胱壁被激刺,如石,腫瘤,異物,結核性潰瘍,或尿潴溜而腐敗等所致. 其因尿道狹窄,或前列腺增大而致小便梗阻者尤然.亦有繼急性膀胱炎而發者.

症狀 膀胱過敏,常欲小便,夜間或起床數次. 尿色混濁,若存貯之則見其底有沉澱物,即粘液與膿性粘液,雜有上皮細胞,燐酸錏鎂 ammonii mag. phosphas 晶,燐酸鈣 calcii phosphas 粒狀渣等. 尿約係鹻性,(若染大腸桿菌則否),或有惡臭並帶錏

ammonia 之臭,含菌甚多. 痛不甚劇,若有石或膀胱頸潰爛則痛或甚烈. 早期身體或仍強健,後變虛弱.一因膀胱吸收腐敗質,一因小便頻數而失眠,以致力衰竭,甚或致命. 有時炎質上升循輸尿管至腎,致起膿性腎盂腎炎.(見一千零十八面).

診斷 此病因膀胱過敏及尿之特狀故易於鑑定,惟尋究原因則或難. 診察時須詢其病之初起及病者之歷史,亦宜探查尿路之下部,且用顯微鏡並細菌法檢查其尿,用放尿管或探子大抵能鑑定尿道有無阻礙,用膀胱鏡及他法可查明膀胱如何.(膀胱查法已論於一千零三十二面).

治法 慢性炎之治法,若能決定其原因則自宜除去,若爲石或異物則截除之,若爲尿道狹窄則擴張之. 無論其原因能否查出,灌洗膀胱甚爲有益. 灌洗法,乃插軟橡皮導尿管,接以長約三呎之引流管,管上接漏斗,高提漏斗則溶液易流入膀胱,隨將漏斗降下較低於牀,則液體返流而出,此係按虹吸之理施行. 至於用溶液之多寡,可依病人能否忍受而定. 所用之溶液有數種,最佳者爲過錳酸鉀 pot. permang. 稀釋溶液,或山伊他 sanitas 十分之一, 硼酸 acid boric 二十四分之一, 昇汞 hydrarg. perchlor 五千分之一,中性奎寧(鷄納) quinine 二百四十分之一,或硝酸銀 argenti nit. 約二千分之一等溶液,或輪流用之. 灌洗之次數,依症狀之輕重而定,平常每日一二次可也. 防菌法爲最緊要,如自須潔淨醫士之手,病者之陰莖,及器具等. 用上法時並宜調理病者之起居,飲食宜平和而無激性,忌酒並濃茶及濃咖啡,若必須飲酒可加水釋稀至多倍.宜多飲牛乳,米湯等,及良性鹼性液體類. 至於服藥未有能使尿之鹼性變爲酸性者. 但服薩羅 salol 或硼酸 acid boric 或安息香酸 acid benzoic 庶或有益.猶羅妥品 urotropin 有價值,因能於膀胱內放出佛馬林 acid formic 也.布枯 buchu 午乏午西(烏伐) uva ursi 麥角 triticum 之熱

冲劑,有利小便及改變膀胱粘膜之用,但必皆用足劑量,即每日服一水磅或一水磅半 (600, c.c. — 900, c.c.) 若尿多含黏液性膿,可服哥拜巴 copaiba, 畢澄茄 cubeba, 松節油 ol. terebinth, 檀香油 sandal-wood oil 等藥.有主張用稀釋收歛性藥液灌洗膀胱者,惟須謹慎用之.

病由大腸桿菌起者,可用乏克辛療法 vaccine treatment, 但有時不見大效,約因乏克辛入血而菌居尿內也. 病者或不顯病形,惟尿內仍有菌充滿. 間時忽發膀胱炎,宜用鹼性藥,且用過錳酸鉀溶液或極稀釋之硝酸銀溶液灌洗膀胱.

若仍不見效,且因不得安睡及吸收毒質之故而身體衰竭,必須用引流法使膀胱安息及其人舒適. 其引流之路有二:

(一)恥骨上膀胱切開術 此術近多用之,簡便而無大險,結局亦佳,法與恥骨上截石術同(見下). 膀胱既已露出,則用藍氏 Lane's 鑷將膀胱兩側夾穩,在正中線開一口,口之大小須足容指探查. 隨將下端有數孔之橡皮管插入膀胱,將膀胱壁周圍密密縫合,或另用一細羊腸線縫穩於膀胱壁以免脫出.

繼將腹壁之割口用醇潔淨之,並敷必潑 bipp, 用蠶腸線於橡皮管周圍與腹壁縫合,(但不可過縫緊). 更備一長橡皮管浸於床邊有水之罐內,遂用玻璃管一段將此管與插入膀胱之橡皮管相接,如此則尿積滿時即循長橡皮管而入罐,大概管內之空氣被尿逼出後則有虹吸之作用. 又有一妙法,係凱卡耳氏 Cathcart 發明者,即用一 T 形玻璃管,豎端連於膀胱所插之引流管,横端接一有水常流之管,使膀胱之尿被吸出,如此則膀胱空而安靜矣.

(二)會陰部膀胱切開術 此術昔時多用,今亦有時須用之,故簡述於下. 宜先用無毒藥液灌洗膀胱,留藥液數兩於膀胱內,以正中線有溝之探子插入尿道,繼令病者作切會陰臥

第四百五十一圖

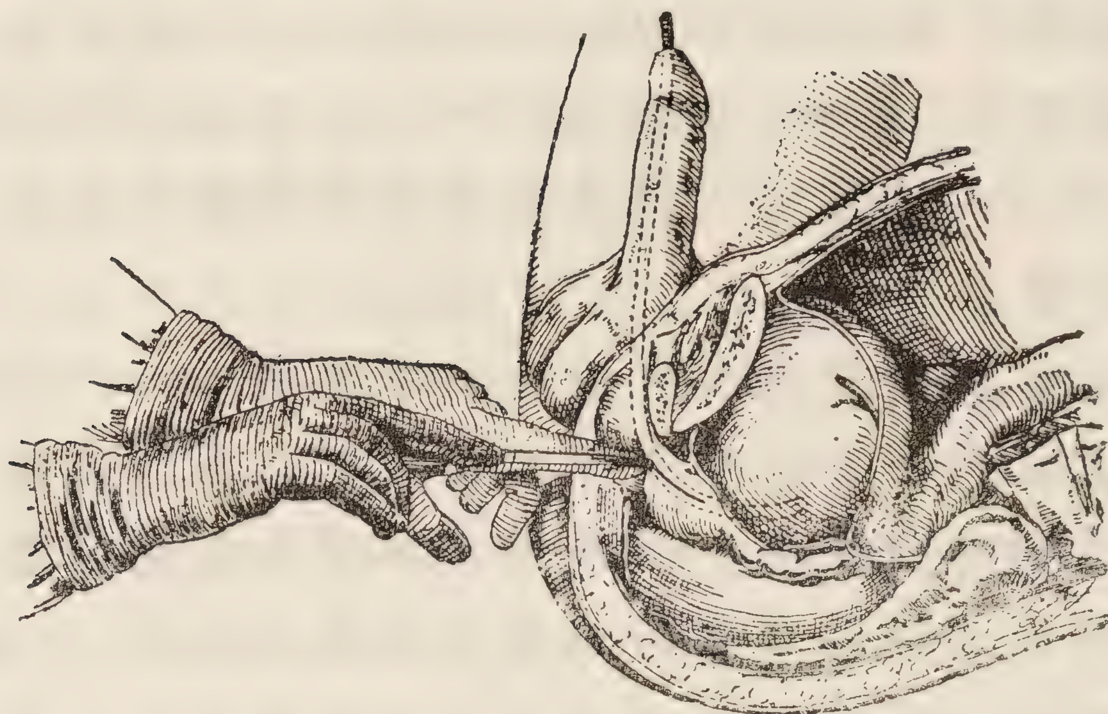


Fig. 451—PERINEAL CYSTOTOMY
會陰部膀胱切開術

勢,於會陰正中線割一口;即從肛門前二吋半(65mm)起至距肛門吋許(25mm)止. 切開會陰之深組織,以左食指插入割口引刀至探子之溝,適在尿道膜部,刀循探子溝向上後經過前列腺剖開膀胱. 小心將刀拔出,將指輕輕插入膀胱,隨即抽出探子.

既以指查畢則由割口插十六至十八號之大硬性膠皮放尿管縫穩,另接一長橡皮管使尿常常排出,且便於間或灌洗膀胱.其放尿管過二日換之,若情況佳過七日則免用,若病劇烈恐須恒用免刀口復合.

會陰部切開膀胱之併發病及危險 Complications and dangers of perineal cystotomy. (甲) 出血.其血之源或由會陰之淺動脈,陰部動脈之深枝,(尿道球者尤然),前列腺靜脈叢等而來.對於會陰淺動脈易鑷而縛之.若爲尿道球動脈或其枝則出血必多,延大割口尋其出血之點而縛之大抵非難,或插放尿管周圍塞以紗布.若係前列腺靜脈叢(年老者尤多)則止之較難.可見靜脈之血由深處湧出,或返流入膀胱凝爲血塊致膀胱漲痛.宜灌洗以冰水於割口,更用止血氣墊或裙形管塞之.氣墊乃係硬性膠皮放尿管,管之深段環以橡皮囊,囊另通一有合頁之管,以便吹入空氣.若無氣墊則用裙形管,即將陰道管下端圍以絨布縛妥,如人繫裙然.管旣插入割口後,須用紗布塞滿管與絨布之間. 若膀胱內後充滿血塊宜用法解碎,

遂以大眼放尿管插入用熱水洗出血塊,繼插尋常放尿管周圍塞以紗布.
(乙)直腸損傷.因割口太向後或刀尖不恒循探子之溝所致,強半因取出刀時其尖過向後所致,當時或未認出,至後則腸氣及糞溢出傷口始知之.若割口不大且近直腸下端大抵能自瘉.若割口大而較高,後常易成膀胱直腸瘻.
治之宜切開肛門括約肌,則直腸下部與割口成爲一腔,後生肉芽縮攏,而割口瘉合.有時可削其瘻口邊緣由肛門縫合. (丙)骨盆蜂窩織炎.因割過前列腺界限,至通膀胱直腸筋膜,或因除出大石致膀胱頸受挫傷而過擴張,其尿滲出,致患瀰漫性膿炎,而身體顯劇烈之染毒狀,或至殞命. 治之宜用適當之食品及興奮劑,且將割口向後延開,甚或至直腸,以減少局部之緊張.
(丁)有時雖慎用預防法仍起上行性急性腎盂腎炎.(見前一千零十八面)

膀胱憩室 Diverticula. 先天性者多居於膀胱尖,約因胚尿囊未閉塞之故.或居於膀胱底,在三角處之上,或近一側輸尿管口,此因一穴肛分爲膀胱及腸之情形異常也.此種病約見於青年之男人,且非必偕有小便梗阻. 乘顯小便異常之狀,至用膀胱鏡檢查時遂見此病. 若欲查該室與輸尿管有何關係,須將硫酸鋇灌入膀胱用X光線照之,後或用輸尿管放尿管查之.有時能用手術將憩室截除,其結果平常亦佳. 另有後天性膀胱小囊,此小囊因尿之出路有阻,致膀胱壁之肌束肥大,而肌束間之膀胱壁凸起所成. 早期之憩室膀胱壁各層(如粘膜,肌,及肌織膜)均有. 惟小囊則只粘膜由肌束間突出,與赫尼亞相似,漸次增大,且多居於膀胱上部,其中有尿瀦溜而腐敗,隨則囊壁發炎或潰爛而穿破,或有尿石落於其內,石面漸積尿酸鹽而增大,甚致突入膀胱腔.然因囊頸狹窄,則石不能排出,(有時囊甚大可墜入赫尼亞囊內),用膀胱鏡檢查,或灌以硫酸鋇並用X光線照之,皆可診斷.大概用手術截除亦非難.

膀胱結核病 Tuberculous Disease of the Bladder. 強半爲繼發性者,即由腎或前列腺或睪丸等傳來.男較多於女,且多見於少年. 由黏膜下組織而起,係粟粒形結核,隨成乾酪樣變,化膿,破而成潰瘍,其邊下空,早期小而有多數,常居膀胱三角處或近

於此處. 症狀與慢性膀胱炎同,然有血尿,膀胱頗覺過敏. 診斷須覓得尿中之結核桿菌,且用膀胱鏡檢查. 病歷大概不良,潰瘍漸大,身力衰竭,全體受染,或患肺癆,或腎結核而死.

治法 早期多不以爲結核病,誤以爲慢性炎治之.病輕者宜講求衛生以補養其體.每星期宜用抗菌液二三次灌洗膀胱.灌洗後可用二十分一之碘芳液體石蠟一或二錢(4至8 cc)留於膀胱內.注射結核桿菌素於皮下亦有效.若病較久,可施恥骨上膀胱切開術,將潰瘍截除或刮除,以電烙器烙之,或抹純石炭酸 acid carbolic. 以消毒. 處理時病者宜垂頭仰臥,用一合宜之窺器自器內施行之,但此術未級不甚可恃. 若腎或睾丸之原發結核病已治療得法,則膀胱之繼發性病大抵減輕.

單純性膀胱潰瘍 Simple Ulcer of the Bladder. 症狀與膀胱結核病甚似.非甚罕見,強半係單獨性,附近膀胱頸或膀胱三角處,致膀胱過敏而尿帶血,惟尿內無沉澱物. 最妙之診斷法乃用膀胱鏡檢察.有時潰瘍面結有燐酸鹽質致誤認爲石. 治法宜用百分之半分至三分乳酸溶液灌洗膀胱,或施恥骨上膀胱切開術刮除潰瘍底,以電烙器烙之甚宜.

膀胱腫瘤 Tumors of the Bladder. 膀胱壁生腫瘤者不甚罕見,分良性惡性二類:

良性腫瘤 Simple Tumors. 有纖維瘤,肌瘤,黏液瘤之別.惟乳頭狀(或名絨毛狀)瘤爲多.

乳頭狀瘤 Papillomatous Tumour 瘤體柔軟,位近膀胱三角處,挨近一側輸尿管口. 乳頭之構造係細嫩之結締織,蓋以一或二層上皮細胞,與襯膀胱壁者同,結締織中含血管. 此瘤有時蒂小而頭大,然強半無蒂.有時爲單獨性,有時增多至從原發者累及膀胱全體.

症狀 屢出鮮紅之血,隨顯膀胱過敏狀.開始出血之時間較疏,後則較連續. 膀胱過敏者約因慢性炎所致.迨尿有鹻性變則出垂絲狀之黏液甚多,黏液與尿相雜,則小便困難,甚或成尿淋漓. 有時尿內含腫瘤碎塊,若腫瘤居近膀胱頸有時乳頭浮至尿道口致障碍小便. 亦有輸尿管口被梗阻致腎盂積水者. 以探子檢查大抵探不出何物,但有時可探出瘤面所結之燐酸鹽質,縱由直腸診查亦不見有異常之狀. 若用放尿管有時管眼帶出乳頭之一小塊.

豫後 非用適當之手術不能獲滿意之結局,因瘤雖非惡性,究能按接種法發生多數小瘤,後則無法除盡,致病者因出血而死. 有人謂此種瘤能變成惡性,然此言不甚確. 若係單獨腫瘤,用手術割除往往結果殊佳.

惡性瘤 Malignant Tumors. (甲) **肉腫瘤** Sarcoma. 罕見,小兒較壯年爲多,小兒患之每係多數而有蔕,壯年患之多係單獨而無蔕. 生長最速,且或長至極大,即延至膀胱外,甚或累及骨盆,淋巴腺或早已受累.

(乙) **癌** Cancer. 有原發於膀胱者,有由直腸或鄰器官累及者.原發者多係鱗狀細胞癌.由鄰器官累及者與本癌之組織無異,如由直腸累及者其上皮細胞約係柱狀類. 原發者多起於膀胱後壁之三角處上,前徙至膀胱頸,有時其瘤甚淺,伸入膀胱腔,形如海絨,潰爛非早,累及膀胱之肌層亦緩.但侵入膀胱壁而甚潰爛者爲多(四百五十三圖).瘤面或結有燐酸鹽質.凡膀胱之癌性瘤面或變成乳頭狀.男較女多患之.

症狀 其二類畧有不同,然血尿及膀胱過敏兩類均最顯之. 瘤淺而緩長者,有時長至甚大始有症狀顯出,惟畧覺膀胱過敏而已. 早期之狀即無痛性尿血,此或因瘤受傷或有破裂處也.此等無痛性出血與乳頭狀瘤頗似,但較久而難治療,血尿

期如此延長一二次後即發膀胱炎.至後其病歷與硬而速長侵入性之瘤同,此種速長腫瘤先顯膀胱過敏,後顯血尿,小便困難,膀胱及會陰處作痛,尿早變鹻性而腐敗.以顯微鏡查之則見內含腫瘤碎塊. 若瘤延至尿道內口則小便梗阻.若梗阻輸尿管口必致腎盂積水. 用探子探查則覺有不齊之團凸入膀胱內,若由直腸捫之則覺膀胱後壁堅硬而有抵抗力,若用膀胱鏡查之或可見瘤之潰爛面. 此病之歷程與他處速長之癌同,速顯惡病質,且因膀胱過敏致不得眠睡者尤甚.他器官及腰淋巴腺亦有繼發性腫瘤.有時膀胱壁被潰瘍穿破則尿外滲,致起膿性蜂窩織炎而死. 若漸成膀胱直腸瘻則尿常流入直腸,而病者愈覺不舒.

膀胱腫瘤之診斷 除用膀胱鏡檢查或於尿內覓得腫瘤之碎塊外,無的確診斷法. 若有血尿及膀胱過敏而不知何故,直疑其有瘤,須以膀胱鏡診察之.凡在此器官或他器官欲斷惡性瘤之根皆宜早施手術,若待症狀毫無可疑時恐已失其時機而無希望矣,是以首要者乃及早施膀胱鏡檢查術. 良性乳頭狀瘤及淺性癌約於未顯膀胱過敏之先即有血尿.凡係乳頭狀瘤任用探子或由直腸診查約皆不能辨明,惟開花性惡瘤或可用探子查出. 若係侵入性惡性瘤,先覺疼痛及小便困難,隔時頗久始見出血,且由直腸診查或用探子皆可得瘤之證據. 須知病者顯疲憊及力衰竭之狀非必由瘤之惡病質所致,因久有膀胱過敏而不能安睡者亦可顯此狀態也.

乳頭狀瘤之治法 早期尚未決定果係腫瘤否,須服制止血尿劑如稀釋硫酸與麥角之調合劑,或以松節油十厘之膠囊日服三次.迨診斷已定則以手術為最要.其術有二:

(一) 以透熱法 Diathermy 滅之.欲施此法必有特器方可,即用一檢查輸尿管器,但所附之放尿管則以探子代之,此探子之

端屬金質,細而圓,可作電極 electrode 之用,其餘份用不傳電之物隔之.電流之彼極有一墊浸以鹽溶液,放於病者之背後. 所用之電流必須儲力大而漸增加(膀胱應含水若干兩). 將膀胱內之金類電極用目力視之接觸於腫瘤之各部,則所接觸之處變白而枯槁. 此法雖煩難,然果能用之收效最佳.

(二)治乳頭狀瘤多因不得已而施恥骨上膀胱切開術以割除之.膀胱既開而查明,則插入一筒形之窺器,且用一額電燈射光於器內.若割口過小不便着手,可在恥骨上一吋半處(3·5 cm)割斷一側之腹直肌,膀胱即可大爲顯露矣. 於是環割各乳頭瘤底之黏膜,隨用線縛其底而割斷之,或烙之,粘膜之刀口,最佳用細羊腸線縫合.其小乳頭瘤可用電烙器滅之.若助理者將指伸入直腸內托膀胱後壁向前頗有佐助. 若腫瘤闊大不能完全截除,用銧 radium 療法或有裨益,卽用適宜劑量之銧,嵌於金類盒內,置於橡皮放尿管頭,留於膀胱內十二至二十四小時之久.

膀胱惡性腫瘤之治法 或能將膀胱一部分或全體截除. 一部分之截除法,將膀胱壁受累處之各層完全截除.開腹膜腔否須視其受累之處而定.須按前論之法將膀胱露明,解離遮蓋腫瘤之腹膜,隨將腫瘤及其附麗之膀胱壁一併截除,後將膀胱壁之割口用羊腸線妥善縫合. 若腫瘤延蔓甚廣,曾有將膀胱完全截除者. 前列腺及精囊或須一併截除,甚至尿道膜部. 若欲如此施治必先設法使輸尿管通於他處,其法有三:(一)移植於直腸,但有上行性腎盂腎炎之危險. (二)移植於腰部,用引流法排尿. (三)用雙腎造口術,由身體之兩側引流腎盂,如此則病者有雙尿瘻之不爽,繼則施膀胱截除術不甚難,但必須小心防備出血及腹膜腔受染之險. 若不能截除膀胱只可用嗎啡等減輕其苦難,間時灌洗膀胱.惟膀胱過敏者,則可於恥骨上或會陰處造一恒久之口.

膀胱石 STONE IN THE BLADDER

膀胱石之類不一,大抵任何尿沉澱質均能成之,各有其特式(見四百五十四,五圖).

(甲)尿酸石 Uric acid calculus. 多爲扁而長圓形,體頗硬,面光滑或有小結,係栗棕色,切面現層板狀,外或包以燐酸鹽質殼.(見四百五十四圖B).

(乙)尿酸錏石 Ammonii uras calculus. 構造與上同,惟色較淺,且其切面之層板狀不甚顯.

(丙)草酸鈣石或名桑椹石 Calcii oxalas calculus. 其面不平而有多數不齊之大結或刺,體質堅硬而密實,切面亦顯層板狀,色深棕紅,有時因雜有血而變黑.甚大者少見,因其增大較緩,且激刺膀胱最甚之故.(見四百五十五圖A B).

(丁)純粹燐酸盐石 Phosphatic calculus. 此最罕見.但任何石或異物在膀胱內,若已致膀胱慢性炎,而尿有鹼性變,則其石或異物必爲燐酸盐質所包. 有時膀胱壁生小囊,內含燐酸盐石,色白似粉,壓之易碎,切面少有層板狀,除出後其臭甚惡. 此石係燐酸錏鎂 ammonii magnesii phosphas 及燐酸鈣 calcium phosphas 質合成,多含燐酸錏鎂者罕見.若燐酸錏鎂與燐酸鈣之比例爲二與一,則有層板狀,並較堅硬,名鎔化性石 fusible calculus, 因以吹管熔之則成小珠. 間或尿道上段(如腎盂)生燐酸鈣石,乾後則有結晶性.

(戊)西司汀石(又名重硶錏基酸石) Cystine calculus. 此亦罕見,其色黃綠,有蠟樣狀.

(己)散汀石(又名黃𡈼石) Xanthine calculus. 更罕見,色紅.

若石生於膀胱壁小囊內,名包繞性石 Encysted calculus 此多因有小石入小囊而停留其內,且有他質層積於其面,致增大

而凸入膀胱腔,(第四百五十四圖C).其小囊內之份有頸以接膀胱內之份.有時尿在囊內腐敗而成石,則石屬燐酸盐類.有時石致小囊壁潰爛而有滲尿之患.

石之構造 Structure of calculus. 約分核,體,殼,三者:(一)核乃由血塊或乾黏液或腎石或外來之異物所成.(二)體乃尿沉澱質如尿酸或草酸鈣等結爲層板而成.有時鄰近層之組成互異,各層爲無數之小晶藉粘液連成,或雜有若干燐酸鹽,間或有純粹燐酸鹽一層夾於其間.(三)殼係若許軟而易碎之燐酸鹽質所成,該質之多寡在乎膀胱慢性炎之輕重.有時無此殼.

石數 無定,有時單獨,有時極多,甚至數百而體不大.多數者常現光滑小面,因彼此相擦故也.

原因 卽前所論周身有易生石性或生草酸鈣性之故.患者多爲十歲以內之小兒,且貧者較多,在十歲至二十五歲者患之者少,此後漸多,至半老之男人尤較多.在女少見,因其尿道短而闊則小石易於排出也.水之性質及飲水之量皆與成石有關,故石之多寡隨地方而異.在廣東安徽二省多有患此病之處.印度及阿拉伯亦多見之,或因該地係熱帶,身體之水多由汗排出而尿較濃所致也.

症狀 結果各人不同,按石之形式及黏膜容忍之能而各異.少年及小兒之膀胱易受激刺,雖其石滑潤仍致激刺狀加劇.惟老年人則不然,雖石大或無甚不舒.草酸鈣石之激刺性較尿酸石大.在膀胱顯特狀之先,約久有尿砂之患,或有腎石瘀痛,瘀痛後則顯膀胱不舒之狀.有時石入膀胱後若許時而症狀仍不顯,諒因石小之故.旣顯症狀則會陰處及膀胱頸作痛,其痛映射至腰背股等處.小便已畢,則痛多顯在陰莖頭,乃因膀胱肌收縮令石壓迫膀胱頸也.亦有小便頻數之狀,且有膀胱性血尿,然不甚顯.身體受震盪或體操時症狀加劇,晝較重

於夜. 有時病者小便未畢而忽然不下,必改變身體之姿勢始得畢尿. 再者膀胱過敏,且常墜脹.或有他種繼發患,如因直腸過敏致裏急後重或痔或脫肛(在孩童多見),間或成赫尼亞,或陰莖異常勃起. 在小兒則症狀稍異,因膀胱過敏致夜間小便失禁;且常用手牽拉包皮或陰莖. 上述之狀與包莖之症狀無異,且常兼有包莖及膀胱石,故在施包皮環截術後宜用探子檢察膀胱有石否.

診斷 可以X光線或膀胱鏡或探子查之. 用X光線須愼使直腸內不存糞,置燈於腹前,光線應射向後下,照片宜居骶骨下處,若有石則其影多見於恥骨聯合上. 若施探子,宜令病者仰臥,頭須較低,臀宜墊高,膀胱內宜含液體數兩使粘膜縮摺變平,且器械易於插入. 醫士之手,病者之陰莖,並器械及滑潤劑等,均須按常法消毒. 遂取一大小適宜之探子,使之稍溫且滑潤,輕緩插過尿道,當探子尖至會陰時,則輕壓其柄至兩股中俾尖漸入膀胱內. 柄式宜長圓,上有記號,可表示探尖之方向.

於是輕轉向左右前後探之,將膀胱全腔盡行探及. 若不見有石,則恐前列腺增大,致其後有凹陷處而石居其內,遂宜轉探子尖向下後探之. 若探得其石,則覺有接觸物,或聽得接觸聲,其聲與用金類質擊石同,且依其聲之情勢或能辨其石之大小鬆密. 若石有二或多數,或能將探子向左右轉動一一觸之,或以碎石鉗夾此石以擊彼石,最妙者乃用比氏 Bigelow's 排石器以灌洗膀胱,若有石或能由小囊吸出而觸擊其器之端,石小而多者或可完全吸出,是以此檢查術兼有治療之用. 醫士宜切記有時膀胱肥大則其肌束凸入膀胱與石相似,而被燐酸鹽所包者尤然,或有時石藏於小囊內不能探及. 若係包繞性石由小囊突入膀胱,則其位置歷久不移,故可認出 膀胱鏡檢查術近今用之頗多,且甚有價值,用之可得悉石之情形及大小,並膀

胱壁有無小囊及他異常之情况.

病歷 若膀胱內有石,遲早必顯慢性炎狀,後則尿變腐.此或出於自然,但因器具不潔所致者居多.

第四百五十六圖



Fig. 456.—THOMPSON'S MODIFICATION OF CIVIALE'S LITHOTRITE

碎石鉗

膀胱肥大,若石未取出必致粘膜潰爛,而炎上升至腎,致力耗竭兼中膿毒或尿毒而死.

治法 數百年來外科士對於此曾加意研究,所經用之手術非少,近今常用者只有三,即碎石術,並恥骨上截石術,及會陰截石術.

碎石術 Lithotrity. 昔之施此術者分數級而行,即先將石夾碎使之隨尿而出,每數日再夾之至石除盡爲止. 此術不特多延時日,且作痛而冒險. 繼此有比氏排石器發明,則一時可將石除盡,故又名碎石洗出術 litholapaxy.

手術 施術之先宜查視病者之景況數日,若膀胱發炎,須用適當之飲食,並藥品及灌洗法兼治之. 麻醉後頭須較低,臀宜墊高. 用無激刺性之消毒藥液如硼酸溶液灌洗膀胱,內留藥液六兩許,則其粘膜不致皺摺,且石易於夾住,並免膀胱壁受損傷.

遂插入碎石鉗,(見四百五十六圖),該鉗有陰陽二頁,陰頁有一槽,陽頁在陰頁之槽內能往來,二頁既將石夾住,則持至膀胱中央,隨轉其柄之螺旋則石夾碎. 鉗之各件

第四百五十七圖

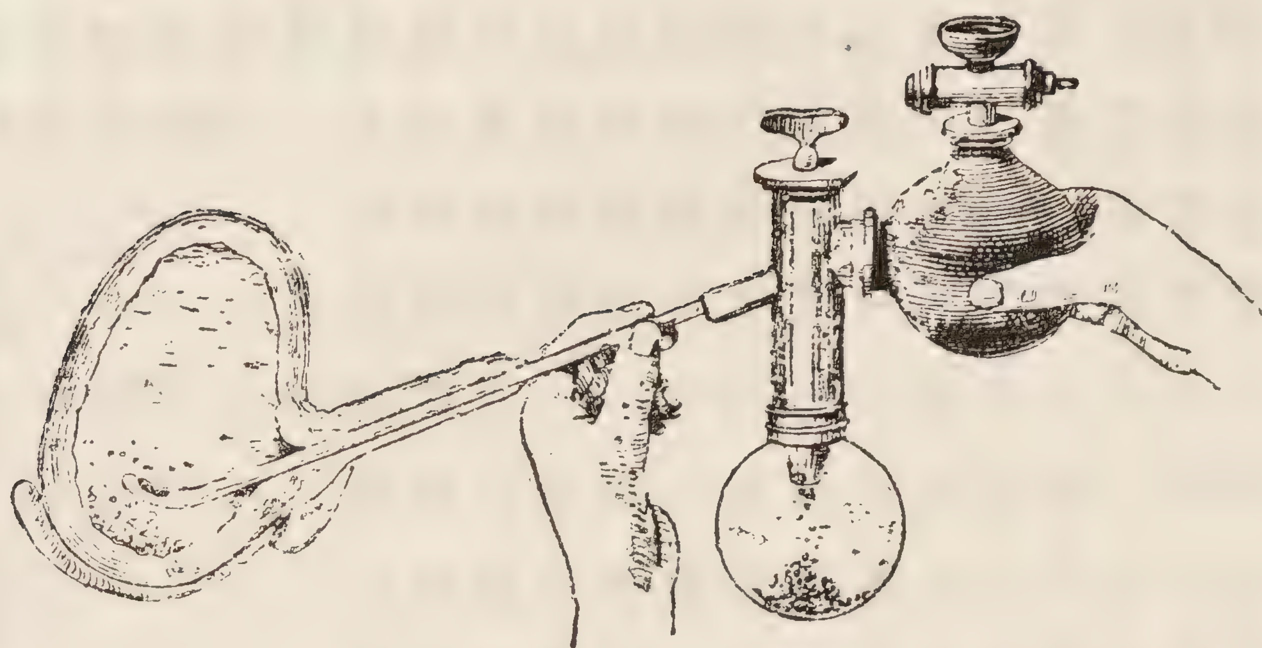


Fig. 457.—EVACUATOR IN POSITION IN THE BLADDER

排石器

宜以經鍊之鋼製成,以免轉螺旋時有折斷之險. 插入鉗時須妙手爲之,因其鉗頭甚曲不易插入也. 插時宜將柄下壓於兩股之間,以便鉗嘴過恥骨弓而入,後轉動之以探定石之部位,與施探子術無異. 旣探得其石,宜將鉗嘴轉向上將鉗背壓至膀胱底及後壁,遂使二頁張開,借石之重力自墜入頁間. 當石已夾住時卽轉動螺旋則石破爲數塊,後再將各塊夾碎. 倘僅夾石之邊緣,轉螺旋時必致其石滑脫,須細心再夾之. 外科士若料其石已夾成碎塊須將鉗撤出,用大號排石管插入膀胱.有時須向下切開尿道外口方能容大號之管,隨以手擠壓橡皮囊,一放卽有尿並碎石吸出,墜入玻璃罐中(見第四百五十七圖),至無石觸管端爲止. 若有大塊不能入管者,可再插碎石鉗夾碎之,復用排石器. 昔時有用鉗夾碎石而除出之者,但此甚不佳.

用此術難免畧出血,但若愼重爲之則出血不多. 若出血較多,則膀胱內凝結血塊而擴張,故須用巨眼放尿管吸出.

善後療法 手術旣畢,病者須靜臥於床,並宜温暖,且用合宜之法以防休克.初數日飲食宜用液體品,倘作痛則用嗎啡

少許.若無何不順利,越七日卽可起牀.

有數種後發患可隨手術而發,茲祇論其二:(甲)膀胱炎,有因器械損傷而致者,惟因膀胱粘膜夙有膿毒者最多,其症狀係亞急性,越數日自瘉.若加重則顯全身症狀,並多排出粘性之粘液膿,尿有鹼性而顯鹼性變,如此者宜每日灌洗膀胱一二次,否則病易循輸尿管上行,致發膿性腎盂腎炎而致命.

(乙)膀胱肌弛緩,罕見,因手術後而見或係手術後膀胱炎之後發患,在年老者尤然.須按定時用無毒法與之放尿.

(丙)若手術前腎已受累,則手術後易成上行性腎盂腎炎,致無尿及尿毒病而死.

恥骨上截石術 Suprapubic Lithotomy. 昔人以之爲重大而死率多之手術,近今視爲結果甚佳.先灌洗膀胱,內留藥液約八至十兩,病者宜作垂頭仰臥式,墊高盆部則腸遂墜向腹上後部.隨於正中線割一口,自恥骨聯合頂向上二三吋.繼則切開腹白線而剖開恥骨後之蜂窩織,空氣卽入該處組織之內.逼腹膜向後,始可以手指捫之則覺有緊張之球狀物,卽膀胱也.遂用藍氏鑷 Lane's forceps 將膀胱兩側提起而固定之,則於膀胱正中線由下向上剖之,用食指伸入探查.若有石可用適宜之彎形石鉗夾出,再宜細察膀胱內仍有石存否,且檢查前列腺是否增大,倘增大有時可立卽截除.善後療法,乃因膀胱之情況而異.若已染菌宜以大引流管用虹吸法引出其尿,至三或六星期則割口生肉芽而瘉.(見前列腺截除術之善後療法).若未染菌可用羊腸線將膀胱縫合,其線宜僅入肌及黏膜下組織,不宜透過黏膜而入膀胱腔.其外面之割口縫合或不縫合均可,但每須留一小口,以便置排液管或紗條達到膀胱割口,始能引出偶爾漏出之尿.施手術後能自小便者不少.若有必須,可按定時插放尿管導之,或暫將該管縛而留之.

會陰截石術 Perineal Lithotomy. 今罕用之,其法與會陰部膀胱切開術同(見前),以指伸入膀胱探石何在,後用膀胱石鉗或膀胱石匙助指將石取出,勿傷膀胱頸之鄰件,免致盆蜂窩織炎. 是以石大者不宜用此術,而石小者可用之,因不致傷膀胱頸鄰件也. 曩昔常用會陰偏側截石術,其刀口乃透過前列腺左葉,近今以他術代此術.

選擇手術 Choice of operation. 近來碎石術已臻美善,故凡有膀胱石者,若非有反徵皆須用此術.

碎石術之反徵 Contra-indications. 可分三種: (甲) 石之情形.若石徑至吋半餘,勿用碎石術,免致膀胱壁受傷. 若石硬如草酸鈣石類,則無器械可以夾碎之. 若石軟如燐酸鹽石,則碎石器被塞而不能夾碎. 若石包於小囊內自不能夾出.(石多者非爲反徵). (乙) 尿道之情況.若尿道狹窄或前列腺增大,則大碎石器不能插入,尿道有岔路者則插入亦甚難. 若尿道過敏易被激刺,致每插器後則顯甚重之寒戰,亦爲一反徵. (丙) 膀胱之情況.若用膀胱鏡而見其膀胱發炎甚劇或有小囊,大抵爲截石之指徵. 若膀胱縮小僅能盛尿數兩,用膀胱碎石術較難且險.

恥骨上截石術之指徵 Indications. (甲)石過大不能夾碎者. (乙)居小囊內之包繞性石. (丙)尿道狹窄或前列腺增大者,(如此者若截石或可將增大之腺一併截除). 若膀胱發劇烈之膿性炎或縮小者是爲反徵.

會陰截石術之指徵 (甲)膀胱劇烈炎及過敏而易受激刺者,施此術則易於引流及灌洗膀胱. (乙)膀胱縮小而其壁肥厚者. (丙)膀胱頸被石梗阻者.

男孩膀胱石 Calculus in Boys. 此乃常見者.須知小兒膀胱大份在腹而小份居盆. 若非爲最有經驗之碎石術家,則施

恥骨上截石術爲妥善. 然近今在東方之外科士常見膀胱石,多用碎石術,卽能插入六號放尿管,且石不甚大者可用之. 現今製備特別之夾石器及排石器,用於小兒甚便.

婦女膀胱石 Calculus in the Female. 此甚罕見,因女子之尿道闊而短,故由腎而來之小石易被排出. 但患燐酸鹽石者有時見之,此石多含異物,該異物或由病者自行插入,後被燐酸鹽所包. 其症狀大半與男人患石者同. 治法.若石之徑不過半吋或四分之三吋,大抵能以指擴張尿道而除出之. 若有必須,可略割括約肌一二處,但不可割斷,否則必致有小便失禁之弊. 若石較大則施碎石術,倘更大則用恥骨上截石術. 曾有主張在陰道前壁切開膀胱而除出其石者,此術頗不佳,恐後成膀胱陰道瘻也.

膀胱官能病

FUNCTIONAL DERANGEMENTS OF THE BLADDER

小便一事,其行功甚爲複雜,乃由數種官能協和而成. 尋常尿積於膀胱而不外溢者,係尿道括約肌強直性收縮司之.在小兒此等機能尙未完全,故易被膀胱排尿之肌織所勝(因畧受膀胱內之壓力). 但年漸長括約肌發育較全,遂被神經中樞所節制.及至成人兼有前列腺之助力,故小便非屬反射性作用乃屬隨意之作用也. 司小便之事有三項:(一)因膀胱擴張漸甚,則其感覺遂由感覺神經傳至中樞. (二)因此感覺之興奮則尿道括約肌隨意弛緩. (三)膀胱排尿肌收縮則尿逼出,有時腹肌亦隨意收縮以加排尿之逼力. 此二類肌各有中樞司之,司括約肌者在腸系膜下叢及腹下叢,司膀胱排尿肌者在脊髓之腰膨大部. 有時此二中樞有一或二漸弱或被毀壞,若括約肌之作用有缺,則排尿肌之作用較大,故尿被逼出過頻,卽

爲自動性小便失禁.反之若括約肌之作用加大則排尿肌之作用被阻碍,卽成尿瀦溜. 但此等患除神經所致者外,亦有因他故而成者,故須一一論之如下:

小便失禁 Incontinence of Urine. 卽尿或時常或間時而溢出也.可分三類:

(一)自動性小便失禁 Active Incontinence. 多見於小兒,男較多於女,約因括約肌制阻作用未完全而然. 原因大抵由尿器甚易受激刺(屬舞蹈病性),受激刺之因有數種,如陰莖包皮口狹窄,或直腸內有蛔蟲,或息肉等,或因尿之比重高,祇有尿酸晶混懸其內. 每最顯於夜間,或僅在眠睡時間. 有未至成人而瘉者,大半成人後自瘉,然成人後未瘉者亦間有之.

治法 宜除激刺之原因,若陰莖包皮口狹窄則處理之,宜每數小時叫醒小兒使之小便以改其不良之慣性.且服補藥,如砒 acid arsenios, 奎寧(雞納) quinine, 鐵 ferrum, 等劑.並可服貝拉朶那(顛茄)酒 tinct. bellad 足劑量.勿令仰眠,且勿令於臨睡時飲食,須溫暖之,且避免男女情欲之感.

(二)被動性小便失禁 Passive Incontinence. 非因膀胱漲滿,乃因膀胱頸弛緩,則尿易外漏,卽由尿道溢出,故膀胱內終不能留尿. 原因乃屬機械性,如前列腺有蒂之瘤或尿石嵌於尿道內口使之不能緊閉.亦有因尿道過被擴張,如除出膀胱石而致者.

(三)假小便失禁又名膨脹性遺尿 Distension with overflow, 有因尿瀦溜而後自遺出者.有因尿之出路被梗阻,致每次小便後有餘尿積留,雖病者以爲尿已罄盡,而餘尿漸積於膀胱,後則滴出濕衣. 若日久可於腹下部見膀胱似一圓腫物. 此患多見於尿道狹窄及前列腺增大者.前列腺增大者之膀胱有時能

積尿至數磅之多. 亦有因脊髓病而膀胱癱瘓致成此病者. 治法宜常用放尿管放尿使膀胱空虛.然雖如此有時膀胱恒久失緊張力.

尿瀦溜 Retention of Urine. 病者不能出尿而膀胱漲滿,是爲尿瀦溜. 原因不一,試分類於下:(一)機械性梗阻.可累及尿道之某處及膀胱頸.原因隨人之年齡及病之情况而異,嬰兒常見之原因係陰莖包皮狹窄,幼童多因尿道有石梗阻或陰莖被線所勒,青年之男人多因淋病或淋病之併發病,青年之女子多由尿道或膀胱有異物壯年之男子多因尿道狹窄,壯年之女子多因子宮有纖維肌瘤或子宮之他患致膀胱或尿道受壓.老年男人前列腺肥大多爲此患之原因.

(二)神經性損害凡激發括約肌之作用,或減少膀胱排尿肌之作用者,皆可致尿瀦溜.其故如下:(甲)括約肌痙攣,如因靈心性倉皇,即某人於衆人前不能小便者,夙行手淫者或更如是.(乙)神經系官能病爲常見之原因,如希司特利阿,或休克等.亦有因反射性神經官能病所致者,如因受傷,或生殖器附近處受手術如處理直腸赫尼亞及陰囊靜脈曲張等.(丙)神經系機質病亦能致尿瀦溜,如脊髓癆 tabes, 播散性腦硬化 disseminated sclerosis, 脊髓損傷,脊髓腫瘤等.

(三)膀胱炎性病後亦可致小便困難,甚或尿瀦溜.約因膀胱壁有纖維間質硬化所致.亦有繼淋病性膀胱炎或大腸桿菌性膀胱炎而起者.

(四)有因習慣或無暇小便而致尿瀦溜者,如敎員或書手等,當欲尿時而無暇,至暇時則不能小便矣.

若尿積留不出則膀胱漲滿而擴張,所顯之症狀隨其原因而異,試列於下:(甲)若尿因尿道狹窄或被石梗阻而起,則梗阻處之後段被漲而破,致尿滲入會陰. 若因膀胱壁已成潰瘍

而薄弱,或有小囊而起,則膀胱或漲破,致尿滲於盆內.（乙）若因尿路未全梗阻而致,則膀胱擴張,至後尿自行溢出.病者卽暫覺舒暢,但膀胱壁多失緊張力.尿瀦溜之治法自按其原因而有不同,因該患不過爲一症狀而已.

膀胱弛緩 Atony of the Bladder. 病者不能小便,非因痲痺,乃因膀胱肌失其緊張力也.其原因與尿瀦溜同,有因膀胱一次過於擴張而致者,如某人截除陰囊靜脈曲張後,歷二十四小時而忘放尿致膀胱擴張者.然最常見者因膀胱久有尿瀦溜,多爲老年人前列腺增大或他人尿道狹窄所致.病輕者小便之初級較難,遲片刻始出尿,且出之無力,病者以爲尿畢,然仍滴滴而下.重者則留於膀胱之餘尿頗多,迄後或腐敗,致膀胱起慢性炎.治法若因梗阻而致,宜治其原因,每日放尿二三次以免膀胱漲滿.宜服番木鼈素（士的年）strychnine 稀釋燐酸 acid. phosph. dil. 及他類補藥,以助膀胱之力.又每星期二三次可用恒流電,一極由尿道插至膀胱一極置於腹下以激發膀胱肌.

前列腺病 AFFECTIONS OF THE PROSTATE

急性前列腺炎 Acute Prostatitis. 多爲淋病之後發患,由急性期或慢性期而起.因尿道炎直接累及前列腺所致,有因尿道狹窄被腐敗尿所激刺而起者,亦有因插外科器械而起者.又有人謂因會陰受寒如坐濕草或冷石上所致,但其先大約已有細菌染及尿道之後段.後至化膿者不少,蓋因膿菌侵入腺泡之故.有時僅一二泡化膿則名小泡性 follicular 膿腫,有時進行則累一全葉或全腺,則名主質性 parenchymatous 膿腫.

症狀 膀胱頸作痛,會陰處似有墜脹,痛或反射至陰莖頭,小便頻而痛,當大便時甚覺難堪,腺愈增大則痛愈烈,身體一動卽覺不舒,起坐亦然.若由直腸診查之可捫出其腺大且熱並

觸痛.厥後多致化膿,而尿瀦溜. 小泡性膿腫有時自破入尿道,或放尿時被放尿管擠破,然其破口或爲瓣狀祇出膿少許,如此者病或進行而膿破入直腸或會陰處,致成直腸瘻或會陰瘻.任化膿與否常有全身症狀,而體温或甚高. 若係主質性膿腫,則周身及局部之症狀必更重,腺尤增大,直腸受激刺甚顯,膿量加多,或穿出腺之被膜侵入圍組織.

治法 令病者常臥,調節飲食,服瀉鹽類瀉劑 saline purgatives,兼銻 antimony 小劑,或黑莨菪(亥歐賽阿末斯) hyoscyamus 足劑量均可. 在會陰處施減液術如用十至十二水蛭吮之,用熱水坐浴亦極有益.且水蛭吮後以亞麻子 linseed 作粥劑糊之. 倘痛甚劇,則用嗎啡彈劑 suppos. morphin. 若有尿瀦溜可用小軟橡皮管引出. 倘成膿腫而未被放尿管擠破,或破口成瓣狀致膿腫腔不能空虛,當由會陰正中線將膿腫切開,但須以指插入直腸導引其刀.膿腫深者或須將刀插入二吋 (50 mm.) 乃可達至. 有時其尿隨割口流出,甚或流至數日. 若兼有淋病宜另用合宜之治法以止之.若膿腫穿向直腸,倘不得已可由直腸切開,然須設多法以免此弊,因後恐成直腸尿道瘻也.

慢性前列腺炎 Chronic Prostatitis. 此爲慢性淋病最常見之原因,亦有繼急性淋病而起者,或爲尿道狹窄之結果.

症狀似有重物墜於會陰處而膀胱過敏. 小便畢陰莖頭卽痛,乃因膀胱收縮壓其充血而易覺痛之前列腺也.常見有粘液性質溢出,如未熟之蛋白.尿中亦浮有粘液線,係前列腺管之管型. 由直腸捫之可知腺增大而痛,精囊大半亦然. 隨或成慢性膿腫.其膿腫破入直腸或尿道,抑或在會陰處穿頭. 診斷宜與結核病鑒別;查其病歷及身體之症狀卽知. 治法宜由直腸用柔揑法以逼出其前列腺泡及精囊泡之質,並用過錳酸鉀溶液 permanganate of potash 灌洗之,與治淋病同.(見前九十九面).

亦可以有機銀鹽 organic salts of silver, 如阿久羅 argyrol 坡他戈 protargol 等少許,擦於尿道之前列腺部頗有益. 若用實體之大探子擴張尿道,壓出前列腺泡內之質亦頗有益.並宜細心按慢性淋病之治法治之(見前一百面).

前列腺結核病 Tuberculous Disease. 大約繼副睾及精囊之結核病而起.亦有原發性者.皆速累及膀胱,輸尿管,與腎等. 早期其腺有數處成乾酪樣塊,後該塊腐敗,潰爛甚闊,有時全腺成多數壁粗糙之窩. 症狀即膀胱頸被激刺兼作痛,痛或映射至陰莖頭或腰或會陰.尿常含膿,有時含血,畧有酸性或爲中性.靜置之則膿下沉,內或有結核桿菌. 由直腸診察則覺其腺增大而不規則,若精囊已受累亦可捫出. 治法宜調理周身,並服補藥,注射結核桿菌素或有效. 若患未延開可由會陰切開刮除之,庶或有益.

前列腺石 Prostatic Calculi. 此病罕見,多繼慢性前列腺炎而起,若炎由尿道狹窄或淋病所致則尤然. 石小而數多,大概係炭酸鈣 calcii carbonas 質,多起於小窩,若仍潛伏於腺內則無甚不舒,若大而凸入尿道,則有尿道梗阻之狀. 以探子查之則有觸響或磨擦聲,如此則膀胱頸甚顯過敏. 有時多窩連成一囊,內藏數小石. 有時用X光線照之,或可辨明石影顯於盃緣畧下處. 有時可由尿道除出,但其最多者宜切開會陰除之.

前列腺肥大 Enlargement of the Prostate. 在五十歲以前者罕見.腺繼續增大,致阻礙小便.後或累及膀胱,致腎久受尿之反壓,以致人死. 原因尚未查悉,大抵無關乎房慾過多. 有時生長過甚至與拳等大,約重二百克,無病之腺大約重十八克. 軟硬無定,軟者血管較多,含血之多寡常有改變,以致有急性充血,致症狀增重. 若切開其腺則見組織或爲一律,但常見者爲多數堅硬而有界限之球形團被結締織所互連,球形團之外面

包以界限不清之肌組織一層,少雜有腺組織,此層與該腺之間質績連而組成腺之眞被膜. 再外有鞘,係盆筋膜所成,(多係直腸膀胱筋膜),鞘分兩層,夾有前列腺之靜脈叢. 按組織學論之,前列腺肥大乃係腺組織瀰漫過長,但常見者係多數腺腫瘤居於腺之肌纖維所發生之結締織間. 有時其腫瘤變成囊,亦有時發生少許纖維肌瘤,但罕見之. 有惡性變者居百分之十有餘,則有限局性無彈力性之硬結節緊連於被膜或居一小葉之中央. 肥大之前列腺所致之改變多而且要.

(一)盆筋膜所成之腺鞘變厚而硬,致該腺祇能長向上而不能向下.

(二)正常時腺被膜與鞘本密切相連不能分開,惟腺肥大時則不然,乃易分離,則將腺完全挖出非難.

(三)腺與膀胱壁之聯屬亦有改變.膀胱頸之括約肌本在前列腺與膀胱黏膜之間(第四百五十八甲圖SV).有時腺漸肥大而上述之位置或無何改變,雖膀胱底被托上,但肥大腺仍在膀胱外有括約肌蓋之(見乙圖). 然多見者係腺凸入括約肌與尿道內口之間而在膀胱內成一肥大團(見丙圖).

第四百五十八圖

甲 乙 丙



Fig. 458—DIAGRAM TO ILLUSTRATE RELATION OF THE PROSTATE TO THE SPHINCTER VESICÆ, S. V.

表示前列腺對於膀胱括約肌(SV)彼此之聯屬

(甲)前列腺大小如常括約肌居其上

(乙)前列腺肥大惟無凸入膀胱內之葉(中葉)故括約肌仍在原位

(丙)最常見之前列腺肥大膀胱內之葉甚顯括約肌被推往後

該肥大園多居膀胱中央於尿道內口之後方,所謂中葉是也.(正常腺無中葉,此係一側葉異常過長或凸出而成). 有時全腺肥大凸入膀胱,環尿道內口如衣領然. 有時一側葉或兩側葉有如此之改變.其腺漸長至兩精囊之間,推囊使之與膀胱分離,而居肥大前列腺之後. 其肥大份多係腺上部,在尿道嵴colliculus seminalis (verumontanum) 下之部分少受累,故射精管口不致被壓向後.

(四) 尿道前列腺部及膀胱頸之改變極不一致,大約尿道每甚加長至二三吋或尤多,亦每顯尿路梗阻之狀,此或因生有蒂之腺瘤形如息肉塞入尿道所致,但甚罕見. 間或因肌有從兩側肌纖維束由輸尿管口直至尿道內口,致中葉底畧被絞窄似有蒂而能動,是以成球形瓣塞閉尿道口內致尿瀦溜,或半塞之致不能閉合而小便失禁. 平常中葉凸出成阜致尿路梗阻,而放尿管不易插入. 若兩側葉俱大,則尿道腔被壓窄,乃成一小隙而非三角形. 若一側葉增大,則尿道自被推至彼側.

(五) 前列腺增大,影響於膀胱者頗重要,小便時必須用力,致膀胱壁增厚,其肌纖維受累而長成柱形,且膀胱之黏膜凸出肌束之間成爲小囊. 囊內之尿或停積而腐敗,或有燐酸鹽沉下成石.

凡前列腺增大者,常成領形之塊以繞尿道內口,或有一或二凸出小園致腺後之膀胱份成囊,名爲前列腺囊. 此囊較低於尿道內口,故尋常小便時存積餘尿而不能排出. 迨後病者多起膀胱炎,或因受體內之菌染,或因器械未完全消毒所致.隨後尿顯鹼性腐敗或有燐酸鹽沉下成石,至後或有腎之併發病如腎盂積水或積膿等,以致人死.

症狀 依其增大份之位置及情形而異.早期小便畧困難,在初便尤顯,若用力或困難更甚. 尿流出時雖粗細如常,但似無逼力,隨即漸顯膀胱受激刺之狀,致常欲小便,夜間尤顯. 會

陰睪痛而墜脹,且因墜脹或致裏急後重,甚或成赫尼亞. 間或作痛及小便困難較劇,多因受寒濕致前列腺充血也. 若善療治其急狀約數日漸退. 尿愈被阻所積之餘尿愈多,每次小便後有若干餘尿存留膀胱內致膀胱肌織失其緊張力. 若不治療,終致膀胱膨脹而弛緩則尿滴出而濕其衣,餘尿腐敗致膀胱發炎而尤過敏並顯肌痙攣之狀. 發炎日久,則尿有鹼性變而含黏液膿及燐酸鹽等. 若不施治,則致腎盂積水或腎盂腎炎,病者因膀胱常過敏並吸收毒質之故而漸至衰弱,終或腎受累致成尿毒病而死. 有時其人久不自覺病之初狀,雖小便頻數亦不以爲病,如此者膀胱雖膨脹仍不覺知. 迨因傷風或飲酒過度,則尿完全瀦溜,始覺有病. 以放尿管放之可引出多量之尿.有時病者陰莖異常勃起,致與道德有碍,甚至有無恥之行爲.

診斷 少半依其自述之症狀多半由直腸診察前列腺而定. 須注意者年齒較大,膀胱晝夜均過敏且漸重,用力小便而小便更難,並膀胱膨脹,皆可指明阻礙之處在前列腺. 遂由直腸診查,若用雙手診察大抵可知前列腺幾何大也.(正常之前列腺大如栗,長大者爲圓滑而軟且畧活動之球形團). 其尿路被梗阻之輕重不能由直腸診斷,須視其餘尿之多少而定. 可令病者小便,俟其便畢則用軟導尿管引尿,病輕者可引出二三兩,重者或引出二三水磅. 有時前列腺增大兼有尿道狹窄,迨插探子或導尿管時始知. 若小便時痛如刀割,卽表明膀胱內有石,且可用X光線證實之. 前列腺增大而生繼發性癌者,在病早期之認出法,乃該腺平而硬,有局部之固定,若癌起於一葉之中央則不能認出.與前列腺癌之鑒別見後.

治法 在病之早期(卽症狀不甚顯時),每日宜按時插導尿管以免膀胱過漲,病者或能自插管. 但前列腺腫大者有時放尿管不易插入,蓋因中葉橫亘尿道也. 不能插以常用之放

尿管,先須用橡皮導尿管,倘仍不能入,則用單彎或雙彎導尿管,(此管軟而直,末作單曲角或雙曲角見四百六十一圖 a b). 若仍難插入而有急性尿瀦溜者,始可用前列腺銀導尿管,其管較常用之管尤曲而長,管尖已經過恥骨聯合下須將柄深壓入二股之間. 無論用何管皆須任管自行通過梗阻處,切不可用力挿之,所用之管自須小心消毒. 大約大管較小者更易插入.

第四百六十一圖



Fig. 461—CATHETER COUDE AND BICOUDE

a 單彎導尿管　　b 雙彎導尿管

該人從前自行小便,而後須常放尿,故謂之放尿期 "catheter life". 在初用導尿管之十餘日務免傷風.有時用導尿管後其人發熱,越數日自退,然有加重致顯慢性膀胱炎之狀者,三至四星期卽可致死. 其發熱之故,大抵因尿道吸收細菌或其毒質,或因器械不潔,但反射性神經錯亂亦非無關係. 治法.輕者宜令安臥,調節飲食,口服奎寧,或可服鴉片並通利大便.

在放尿期勿過於勞動,飲食勿飽,免房事及騎馬,應用法防免寒濕等. 若尿性酸宜服鹼性藥,以減輕膀胱過敏. 如此爲之,病者或可得數年之舒爽. 有時前列腺現間發性充血,則膀胱作痛而過敏,小便尤困難. 病如是發作,大約因受寒濕或飲酒所致. 治法.須令煖臥,早晚用熱坐浴法. 用液體食品如牛乳大麥湯最佳,勿飲茶及咖啡. 大便須暢利,兼用熱水灌洗直腸以煖前列腺,灌洗後則用貝拉朵那彈劑頗舒爽. 每六小時服燐酸氫鈉 acid sodii phosphas 黑良菪酒 tr. hyoscyamus 猶羅委品 urotropin 之調合劑. 若能免用導尿管更佳,但有必需則用之.

在小便極困難者可留放尿管於膀胱內而縛之. 若尿瀦溜

而不能導出或膀胱炎甚烈或全身衰弱者,可用恥骨上膀胱切開術. 強半病案甚顯前列腺增大之症狀,且膀胱含餘尿數兩者多願忍受手術,使小便如常,較勝於每日用導尿管之煩難也.

前列腺截除術 Prostatectomy. 雖原為馬吉利氏 McGill 等醫士所發明,然使此手術有今日之適用者,實係男爵伐瑞耳氏 Sir Peter Freyer 妙手所改良,使老年人甚獲裨益未有更勝於此術者也. 但必須精心審其病適用手術否,亦須有妥善之預備.

凡前列腺甚硬而不甚大者,約係惡性腫瘤,平常不宜施手術.

宜量病者每日出尿若干並尿素之多寡,則知腎官能若何,蓋腎官能有缺則施截除術為枉然矣. 且須詳酌病者全身之情況,更須查其血管有否壞變並心力之強弱.

若膀胱健全而尿內無膿,其手術可在一級期作畢. 但尿腐敗而含多量膿者,即知有甚劇烈之膀胱炎,最適者乃將手術分二級期行之,即先用恥骨上膀胱切開術以灌洗膀胱而引流.俟膀胱潔淨再施前列腺截除術. 如此分二級施行則結果較佳,但病人之恢復期較長.

恥骨上前列腺截除術 Suprapubic Prostatectomy. 施術時當用硼酸溶液灌洗膀胱,且留六兩上下於其內. 令病者作垂頭仰臥式,用平常割口切開膀胱. 詳查前列腺凸入膀胱之份,遂以左手戴橡皮套用食中二指插入直腸內,將腺托向前,並使其穩定. 用右食指撕裂中葉(或領形塊)面之黏膜,始能入括約肌與前列腺之間而挖出該腺. 腺大者挖出較易,惟腺小而硬則挖出較難. 如此行之則射精管及腺二側之滋養血管皆被撕斷. 尿道之前列腺部或撕除或存留無定. 前列腺既已剖離或作一整塊除出,然破成兩半者不少,其各半可由尿道分解而除出. 平常出血不多,若多則以熱鹽液或硼酸溶液用導尿管灌洗挖腔及膀胱. 後由割口下角插一長四吋腔闊八分之

五吋之大橡皮管,隨將膀胱壁繞管縫合,以免尿漏出. 再將解離之肌縫合,並將皮繞管縫合.

上論之手術,乃伐瑞耳氏所發明而常用者,該氏及遵行其術者所得之效果大概甚佳. 然百人中亦有數病案效果不佳,因於恥骨上成瘻,且再無隨意之小便也. 檢查其故,則知膀胱頸或尿道撕斷之處甚有瘢性梗阻也. 男爵倭克氏 Sir J. T. Walker 更追究其故,則知此梗阻乃因在膀胱三角署下有一粘膜瓣遮蓋前列腺之挖腔,後有瘢痕織生長於該瓣之下及其周圍,致阻碍探子或放尿管之插入也. 再者,若有粘膜或尿道壁之撕裂塊,或未除盡之前列腺織等,皆能妨碍割口恢復及尿之排出路.如此該氏遂變通其手術以防免此弊,其法按伐瑞耳氏法截除前列腺,後使病者作甚低之垂頭臥勢,用適宜牽開器牽開膀胱以便檢查膀胱底之割口. 凡出血之處以紗墊壓之或縛其血管,一般參差之撕片及腺之碎塊皆剪除之. 隨將上述之粘膜瓣前後分開,並削其緣使成漏斗狀,使尿易入前列腺之挖腔內,如此則無梗阻. 手術終級仍如前所論者.

此二手術之善後療法相同,卽將割口上敷蜻化物紗數層,後蓋以多量之植物纖維素或吸水棉花,足敷吸收溢出之尿. 有疼痛並肌痙攣者不少,可用嗎啡彈劑,或用澱粉調鴉片酒之合劑 starch and laudanum enema 注射直腸以止之. 此後每四或六小時宜更換紗及棉花. 但此法所用之敷料甚多而價亦昂,故有外科士喜用愛爾温氏 Irving's 器,此器係一玻璃帽,緊覆於割口周圍,以彈力性帶縛於腹下部,且有一管引尿流於股間所繫之尿瓶內. 用此器則病者軀幹下部無尿浸濕,非但省敷料之費,且病者得以潔淨.惟因常須仰臥,且器壓陷割口及腹下部,或有碍於割口之癒合. 每日宜由恥骨上之割口灌洗膀胱,越數日血及小腐塊必排出,既排盡則橡皮管可拔出(約七至十日),

容尿或流出或存於膀胱內. 越一星期再將放尿管置於尿道內灌洗膀胱. 病者宜早坐起以防肺起併發病,經二三星期始能自行小便而癒者非鮮,至後則小便恢復,膀胱官能亦如常.

若病者不欲施手術或其身體虛弱致不能施之,且導尿不足減輕其狀,可於恥骨上作一恒瘻,常帶以貯尿器. 其法乃於恥骨上處切開膀胱作一小口,使僅容插橡皮引流管,此管下段宜另有一二旁孔,隨將腹壁割口繞管縫合,並將管縫一二針或夾之於皮,以免滑脫. 越數日瘻口既成,可將管拔出而潔淨之.

前列腺癌 Cancer of the prostate. 此係老年之患,昔人云罕見,究非甚罕見. 約係硬性類,亦有軟性者,此二類均能早進行穿過腺之被膜. 早期之症狀與單純性前列腺腫大者同,但其進行始雖甚緩,不久則甚速,且其痛及欠爽之狀較單純性者為甚. 其痛往往映射至股後,下達小腿,日久則顯血尿狀. 由直腸診查之則覺有硬團,此團與周圍組織畧微貼定,或堅固貼定,亦或有小圓結繞大團之周. 捫其腹或有繼發性瘤累及腰並腹之淋巴腺,間或腹血管及神經亦受壓,致有特狀,且全身不久即顯惡病質. 大半只可用姑息療法而已.

第四十一章

尿道及陰莖病

AFFECTIONS OF THE URETHRA AND PENIS

尿道病 AFFECTIONS OF THE URETHRA

先天尿道畸形 Congenital Malformations.

無尿道或尿道關閉 Total Absence or Occlusion. 尿瀦溜,而膀胱並輸尿管及腎皆膨脹. 患此之嬰兒若未死於產前,則產生後速死. 然有少數臍尿管未閉而於臍處成先天尿瘻者. 有時一穴肛 cloaca 存留則直腸膀胱互通.(第四百三十三圖).

尿道上裂 Epispadias. 有循陰莖上面完全裂者,有只裂一段者. 有謂此病非係尿道上壁裂,實乃下壁裂,蓋因陰莖扭轉而裂轉上也. 有尿道外口居陰莖頭上,而陰莖頭裂成深溝者,此甚罕見. 常見者乃尿道外口居於陰莖根,適在恥骨聯合前,則陰莖祗爲始基而過短. 尿道完全上裂者則偕膀胱外翻而見(第四百五十圖). 非完全上裂者,曾有將陰莖旁側之皮翻於裂上以修補之者,此等療法詳見大部外科手術書.

尿道下裂 Hypospadias. 較上裂爲常見,可分三類: (甲)陰莖頭尿道下裂 hypospadia glandis 尿道外口居於包皮繫帶處向下而非向前,包皮濶長而形如風帽遮於陰莖頭,而尿道外口被莖頭所掩. (乙)陰莖體尿道下裂 hypospadia penis 陰莖小而短,尿道外口居莖體下面. 小便時或覺不舒,因外口向下也. 亦有外口甚小者,須切開而擴張之. (丙)會陰尿道下裂 hypo-

spadia perinealis. 此係尿道全路下壁裂至會陰,陰囊亦裂開而形如女陰,陰莖小而不完全且藉粘着物連於陰囊兩半而似肥大之陰蒂. 如此者睾丸常遲緩降下,是以曾有未辨明嬰孩爲男爲女者,甚或至十九歲上下始知非係女子.

治法 畸形小而外口居陰囊前且距離遠者,則不必施手術. 若外口居近陰囊令人小便不適,且恐日後難行房事,宜用裂兩旁之皮或包皮之皮造成一尿道. 若完全裂,宜先將陰莖之粘着解離,並將襯陰囊裂之皮解離翻開而成爲尿道後段,陰囊兩半用線縫合,至於尿道前段須用上述之造尿道法處理之.

損傷性尿道破裂 Traumatic Laceration of Urethra. 常由會陰受直接暴力所致,如墜落時兩股張開而會陰適觸於欄杆或木棍上,或因乘馬時而會陰被鞍所觸,或會陰受踢傷,或因盆骨折而有一骨刺穿破尿道(多在膜部)是也. 有時尿道全周被斷致兩段不連,有時祇一面破裂(多係下面).

症狀 會陰疼痛,休克,血由尿道外口滴出,且有血滲入陰囊而使之膨脹. 若病者尚能制止小便且善爲治療,則尿不至滲出,因傷處在尿道括約肌之下也. 倘行小便則尿必滲入會陰及陰囊之組織. 任尿道全斷與否,後則傷處必生堅硬之纖維瘢織而成機化性狹窄,離插器械則難獲恒久之擴張.

治法 傷輕且會陰不腫,恐只有尿道粘膜裂開,祇宜安臥,勿用探子等,厥後若傷處被尿所染致成尿膿腫,可切開之. 若料尿道已全破裂或祇一份破裂,切勿用姑息療法(如以放尿管插而縛之等),宜在會陰處切開以露明尿道之斷處,除淨血塊,縛出血之血管.若果能認出尿道之斷處,可插以橡皮導尿管於膀胱用細腸線在管之周圍縫合尿道. 若兩端有重挫傷,宜截除破爛處縫合兩新面. 無論如何若能留導尿管五六日須

留之,後則逐日用探子探之. 若導尿管不能插入膀胱,或尿已由尿道傷口滲出,則宜在陰囊及會陰等處開數若干大之口以放出其血與尿而露明傷處,後插導尿管直至能用指捫出管尖,則剖露之而引入膀胱內. 有時此法甚難措手,非用較久之麻法不能行之. 有時縫合尿道之兩端無益,因縫線必勒脫,故無庸此舉. 有時傷處甚腫(治療遲延者尤然),致導尿管不能插入,病者須躺臥數日,任尿由會陰傷口流出,迨血塊化盡而腫消再插導尿管. 既已插入膀胱,須留數日俟尿道復成管形.

異物 Foreign Bodies. 有時有異物揷入尿道,如放尿管之一段或筆針箸等. 尿之出路畧被阻或完全被阻,後粘膜成潰瘍或成尿道周圍膿腫,甚或致尿外滲. 用探子易於探得該物,若物近尿道外口則易用鑷夾出,倘不能夾出則可切開尿道除出之.然雖經心將尿道縫合,後亦難免成尿瘻. 曾有人以釘頭針hin插入尿道,因針頭向膀胱故不易除出. 除出法,乃使針尖及幹穿過尿道下壁透出皮面,而轉針頭向尿道外口,則易於除出.

尿道被石嵌入 Impacted Calculus. 尿瀦溜,多見於孩童,強半可於尿道壁捫出. 症狀及治法與異物者同. 若石近膀胱頸宜推之復入膀胱,後用碎石鉗夾碎而取出之.

單純性尿道炎 Simple Urethritis. 除由淋病起者外,另有數原因,如婦女陰道有激刺性液如白帶者能致此患,或有因大腸桿菌致之者,亦有因尿道經插器械或石過尿道或患痛風而出含砂之酸尿(內或含有刺之尿酸晶)而致之者. 症狀與淋病同,惟所流之液較淡,且用顯微鏡檢查不見有淋雙球菌. 治法宜服鹼性及瀉鹽等瀉劑 alkalies and saline purges, 並宜忌酒. 若病重則服樹脂油,或以稀釋藥液灌洗尿道.

尿道息肉瘤 Polypoid Tumors of Urethra. 有時見於男子尿道口,性質與婦女尿道口之肉阜 caruncle 無異,色紅而血管富,

有時疼痛甚劇. 治法,最妙乃截除之,出血必多則用電烙器止之. 瘤大者先縛其蒂而後截除之爲妙.

鱗狀細胞癌又名上皮癌 Epithelioma. 尿道生此等瘤,多繼鄰器官(如前列腺等)之惡性瘤而起,但亦有原發性者,多爲尿道狹窄之後發患. 於尿道成硬性腫團,其細胞侵入四圍,外口溢出血及膿,小便時每痛. 若插探子則痛加劇而出血更多,雖探子易入,但瘤之粗澁面易於捫出. 最佳用尿道鏡查之. 大概宜將陰莖完全截除.

尿道狹窄 Stricture of the Urethra. 無小便時尿道二側壁本相合而腔扁,及小便時則變爲圓管形. 若尿道壁之構造改變,則失官能性擴張,如是則成尿道狹窄,致尿之出路有阻. 此病分三類,卽痙攣性狹窄,充血性狹窄,機化性狹窄是也.

痙攣性及充血性狹窄 Spasmodic and Congestive Strictures. 此二類常併發,但在一病案而二者之輕重未必相等,如患急性淋病者,尿道粘膜充血而增厚致尿難排出. 此下所論者多屬痙攣性狹窄之原因: (一) 因機化性狹窄另受傷風或中酒而致者. (二) 因插導尿管而起者. (三) 因會陰處之尿道被激刺,如該處被打或受踢,或久乘不適宜之馬鞍及自行車鞍等. 如此者約暫患尿瀦溜。 治法.只宜用熱水坐浴,多用溫水灌洗直腸. 若無效則施導尿管,但不可用力,因粘膜充血易致破裂. 先試插大橡皮放尿管,倘不能插入則以銀製者代之.

機化性狹窄 Organic Stricture. 此因尿道壁生瘢痕織致不能擴張也.

原因 (甲) 繼恒久性或屢發性淋病而起. 須知有慢性炎者每致該組織硬化,而尿道亦然,故其壁增厚,兼硬化而收縮. (乙) 尿道下疳長成瘢痕,或尿道被石嵌入致成潰瘍而長瘢

織,或尿道膿腫瘉後而收縮等.（丙）尿道受傷而破裂致成瘢痕,此爲最難治療者.

位置 多在尿道球內,即生殖隔筋膜(三角韌帶)之前,有時在尿道之陰莖部或外口處,前列腺部不患之,若非因受損傷在膜部亦不見之. 平常狹窄處祗爲一二,有時爲三四處. 此患之形式不一,環尿道者名環狀狹窄 annular, 其未完全環者名橫帶性狹窄 bridled, 似帶包繞尿道者名帶狀狹窄 ribbon-shaped, 變彎者名紆曲狹窄 tortuous, 硬厚者名硬性狹窄 indurated, 易於擴張而速縮復者謂之彈力性狹窄 resilient, 尿不能過且不能插器械者謂之不通的狹窄 impassable, 究之尿不能流過者大概無有,且醫士之經驗愈深則不能插入器械者愈罕.

症狀 人各不同,小便常困難,尿流甚細或分叉或扭轉,且需時較久始能溺盡.溺畢常有數滴溢出,而濕其衣. 隨即顯膀胱過敏致日夜小便頻數. 如此者尿多係鹼性,含粘液性膿及燐酸鹽質. 狹窄愈甚尿愈難出,而膀胱之餘尿愈增,則腹下部顯有緊張之球形腫園,叩之有實響. 尿滴愈多,常致濕衣,致有難聞之尿臭,並有似慢性淋病之溢液, 若飲酒過度或受冷濕則尿或完全瀦溜. 有時早期之症狀不顯,迨患尿瀦溜始知.

病理解剖 病理解剖可分五段: (一) 狹窄處前之尿道段多爲正式,但或有假路之口. 有時在狹窄處之前端凸出肉芽少許. (二) 狹窄處有纖維瘢居粘膜下而與之貼連,長短無定,兼尿道周圍被浸潤. (三) 狹窄處後之尿道段擴張,粘膜似絨而易破,尿道竇及他腺之口張大而甚顯,且口之周圍或潰爛. 後因淋巴管之吸收或尿滴滲出,則成尿道周圍織炎,遂患會陰膿腫,至後成瘻. 若尿道幾全被梗阻,則狹窄處後之段必破裂,致尿滲出至會陰及陰囊. (四) 膀胱壁組織顯頗大之改變,先見肌組織有代償性肥大而增厚,始能勝過尿路之梗阻,

肌束亦增厚而粗,最爲顯現. 壓力漸增則粘膜突於肌束之間而成小囊狀,且因慢性膀胱炎則粘膜充血而增厚或潰爛. 淺靜脈亦曲張,或破而出血. 尿性變龢而腐敗,含粘液膿及燐酸鹽質. 囊內之尿易於腐敗,致燐酸鹽沉澱而結石,或囊壁潰爛,後則破而尿滲出至蜂窩織,以致殞命. 間或膀胱膨脹而失緊張力,致其壁甚薄. (五)膀胱改變後繼有上述之數患,如腎盂積水,腎盂積膿,腎盂腎炎等,一方面因尿向後返壓,一方面因膿毒過輸尿管升至腎盂及腎盞所致.

物理的診察 Physical Examination. 欲知尿道是否狹窄,宜探以十號之大導尿管或探子始知有無狹窄並何在. 倘不能插入則換小探子,換至能插入膀胱爲度. 導尿管之式甚多,昔祇用金屬製者,今亦多喜用銀者,其彎宜合式,眼宜大而眼邊須內捲,以免刮損粘膜. 金屬器械之優點,乃易於消毒,用時其尖易於捫出,且易引過尿道.

近來已製有多種軟導尿管,用之者頗多,因少有激刺尿道之弊. 其劣點乃易被消毒藥所損壞,且難引過狹窄處,因質軟致不易捫出其尖之何在. 欲將軟導尿管消毒,最佳之法乃令蒸汽經過其內外而潔淨之,曾有人

第四百六十二圖

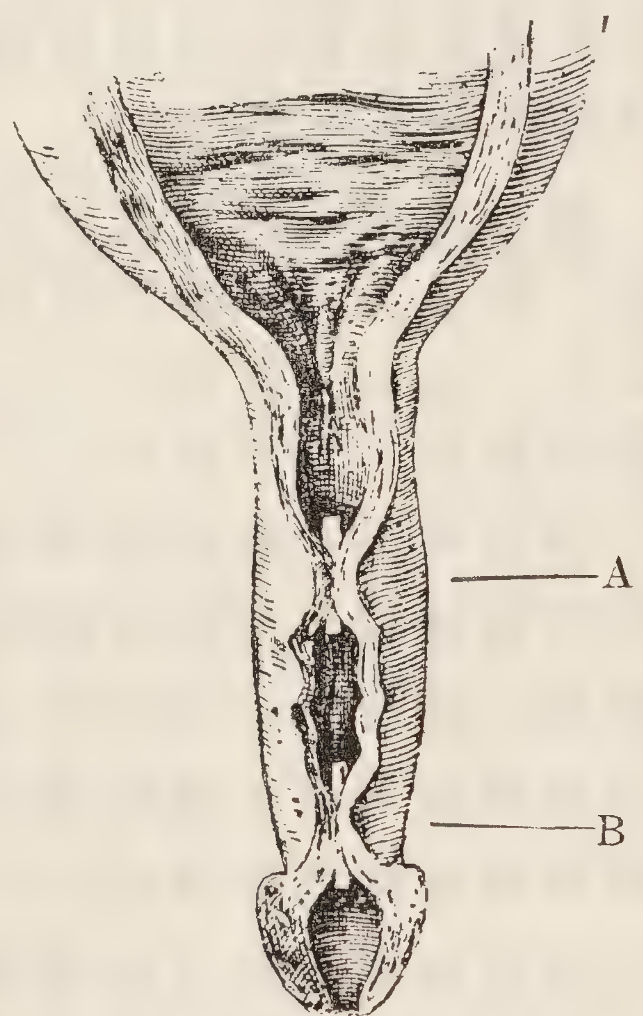


Fig. 462—DOUBLE STRICTURE OF THE URETHRA
At A and B strictures are seen, under which glass rods have been passed. The bladder is somewhat dilated, and its walls are thick and hypertrophic, and with commencing sacculation

尿道雙狹窄
膀胱畧膨脹其壁增厚而肥大將生小囊
AB係玻璃桿通過狹窄處

備有多種特器蒸之. 若無此等器可用水唧將二十分一之石炭酸液灌於其內,復以二千分一之昇汞液浸若干時,或將管懸於含佛馬林 formalin 氣之瓶內薰之亦可. 最妙之軟導尿管,乃橡皮者(末段即其眼前之段實而不空),並硬性膠皮 gum elastic 及法國之有頭者,亦有外層爲紫草茸之綢者. 近今製有內外均光滑者尤較妙,每須擇此而用之.

探子 有喜用探子(即實體器)以檢查及治療尿道狹窄者,李司忒氏 Lister 者最妙,係金屬製成,彎如放尿管,(幹直,彎段爲圓錐形,末端爲頭,頭下有頸,其柄扁圓刻有粗細之號碼,頭較幹細三號). 用時須取數探子,以便挨次探入. 更有軟探子,乃係線形,以鯨骨或腸線製成,若狹窄之腔小而曲,可用此探之. 該探子由尖漸粗,尖端旣通過狹窄處則蟠曲於膀胱內,其粗段可將狹窄處擴張.

銀放尿管或探子之插法 令病者仰臥,施術者立於左側,病者二股之上部至臍均宜露明. 用二千分一之昇汞溶液洗手,並以之洗病人陰莖頭與尿道口. 器械宜先消毒使之溫暖,抹以防菌油. 左手持陰莖,右手插器械,器械之柄橫於病人左股. 將尖引至會陰,即轉柄至臍前,由正中線輕轉向下至兩股之間. 借器械之重力自能進入膀胱,施手術者無須着力. 探子難通之區如下: (甲) 外口.因其小或收窄. (乙) 尿道竇.器械之尖須沿尿道下壁而避之. (丙) 尿生殖隔筋膜.器機之尖須循尿道上壁始能通之.

若用無支持針之軟導尿管須緩緩捻轉插入即能進至膀胱. 若遇阻礙之處可將管稍撤回再插入. 但亦有必用有支持針之管方能進入者.

插器械(導尿管或探子)之危險 (甲) 有時顯劇烈之休克,膽怯而未經插器械者尤然. 苟先用百分之五之挪復卡印 novocaine 溶液半量錢 (2 cc.) 注射尿道,則罕有此患.

(乙) 出血.乃因粘膜破裂,雖未成假路亦能如此,須用最精緻之器械輕手插入或能免之. 但粘膜充血而軟或尿道狹窄者雖十分細心亦難免之,大抵無須治療, 若出血多,可以器械壓此處,或用哈瑪美利 hamamelin 溶液注射尿道以止之.

(丙) 假路.多因器械尖經尿道下壁時誤穿粘膜之下,再進行繞過狹窄處而後或復入尿道,或循前列腺下插入膀胱後壁,非不善施術者不致有此. 成假路之據乃器械尖忽然進行,病者甚覺疼痛,及出血,且尖多離正中線而偏於一側,其柄亦斜,倘尖非再入尿路則無尿排出. 若由直腸探察,可捫出器械不在正中線,且較尋常近於直腸. 假路未必甚要,但路大者可致尿道周圍膿腫,或尿滲入鄰組織. 若尿甚腐敗,恐有最劇烈之染患,以至殞命. 余近今見一有此患之病案,雖在會陰處開一大口通至尿道以排尿,然陰莖成壞疽,除截除外無他療法.

(丁) 繼發性炎.有時前列腺受累,或炎由輸精管蔓延至副睾,二者均爲染毒所致.

(戊) 導尿性熱.每因插器械而致,在尿器健爽者或祗顯一次寒戰,腎有病者見之較多, 原因頗費研究,大抵皆爲染毒所致,如器械不潔,或尿道有染性菌,(後段尤然),或近膀胱頸之粘膜微擦破致菌或菌毒被吸收,則立顯周身症狀. 若只菌毒被吸收,則僅有暫時之發熱寒戰,而無他要狀. 但菌已入粘膜下組織,則在淋巴管生殖甚速,且循淋巴管延入膀胱及輸尿管,終致腎盂腎炎. 昔人以此病乃由腎反射性充血所致,但此充血約因受菌之激刺,非由神經而起. 症狀有數種,按病之情形及染毒之種類而分: (甲) 輕者,祗寒戰一次,體温或升至一百零五度,全身發戰,甚覺不舒,頭痛,熱退後數小時則癒. (乙) 發寒戰一次,體温不立降至常度而仍歷一二日之久,且或再寒戰,然病者至後完全就癒. (丙) 重者,顯腎盂腎炎之狀,甚或越七八

日則致命. (丁)繼丙而起膿毒血病之併發病. (戊)至於前列腺增大者,起初每日導尿時顯狀雖輕亦屬此類. (見一千零六十二面). (己)有以上諸患而兼尿閉.

治法 若疑腎有病宜格外小心以免染毒,凡所用之器械,任爲探子或導尿管均須謹愼完全消毒,且須用良性消毒溶液灌洗尿道. 用軟導尿管較銀者便佳,因銀者易激刺尿道,且或擦破粘膜也. 寒戰一次者,宜使衣服温暖令病者發汗,多飲熱稀液體品,並服奎寧(又名鷄納)二釐(0.13 gm). 若熱不退須用發表劑及瀉劑,宜飲乳類,若有必須可用激性藥少許. 非不得已(如因尿道不通),不可施手術,恐有害於生命. 若患尿閉可在腰部施杯術以減少腎充血,並服水瀉藥,用熱氣浴或注射疋羅卡品 pilocarpine 於皮下俾出多汗. 若歷四十八小時仍不生尿,外科士宜用切腎成口術以引流腎盂,須擇較有觸痛之腎切之,有時二腎均須切開. 若用多量之當量鹽液注射靜脈內俾其多出尿且水瀉,或能減少尿毒病之狀.

能通性狹窄之治法 Treatment of Passable Strictures. 若狹窄能通可用擴張術,或尿道內或外之切開術.

擴張術 Dilatation. 此術不一,按狹窄之情形及症狀之緩急而異. 若梗阻不劇,器械易入,可用漸次擴張術,即每星期插探子一二次,其探子由細而粗施用,至十二號而止. 若插之過頻,尿道必受激刺,則有痙攣性收縮致尿道腔暫變窄小,則病者必安臥數日,服以瀉藥,用無激刺性食品,其痙攣始退. 若迫不及待,可用急速擴張術,即一次用遞加粗之數探子,以李司忒氏 Lister 者爲最佳. 若祗能容小號探子可用連續擴張術,留探子於其內縛之,經二日則拔出,後可用加大二三號者代之,若病者能忍受則留於尿道內二日. 但有不能忍受者,即過二三日全身不爽而發熱. (急速擴張術近今用之者少,因狹窄處旣破

第四百六十三圖

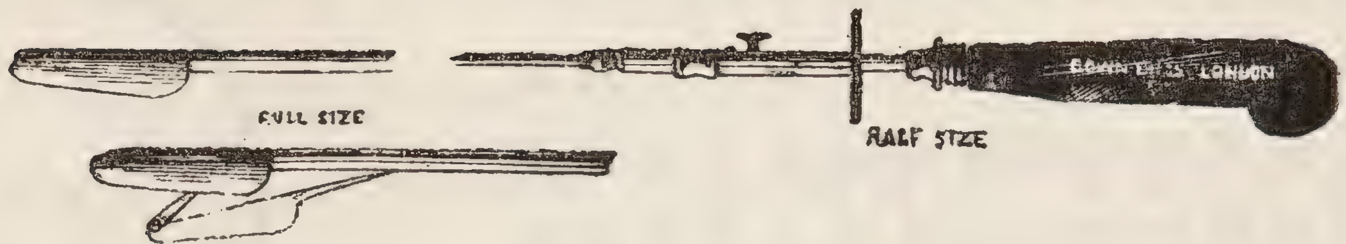


Fig. 463—CIVIALE'S URETHROTOME

息斐氏尿道刀

必更致甚劇之狹窄也). 任用前何法,日後醫士或病者宜再插以探子;先一二星期一次,後一月一次,以免狹窄處再縮小.

切開術 Operations Cutting. 此術可分三種,卽截除術及尿道內外切開二術是也.

截除術 Excision. 此術最妙,因能使尿道恢復也. 狹窄在尿道會陰段者,用此術常得最佳之結果. 但狹窄在陰莖段則不然. 其法先解離尿道海綿體部,截除尿道最長不過一吋之塊,隨則先縫尿道上壁,後插以導尿管,再縫其餘之各方面.

尿道內切開術 Internal urethrotomy. 若善用此術則有莫大之裨益. 但用者若未有經驗,或用之不善,其危險亦不小. 有將尿道刀先穿過狹窄處而由後向前將狹窄割開者;有將尿道刀達至狹窄處而由前向後將狹窄割開者. 第二法雖爲妙手醫士所贊成,但余之意見則以爲非佳,因不能知其所切之組織若干也. 由後向前之切法,只對於特別症狀而用之,因尿道刀旣能通過,而平常之擴張器亦必能適用,但有數類狹窄用此法則佳. 大概其應用之指徵如下: (甲) 久而堅韌之軟骨性狹窄. (乙) 彈力性之狹窄. (丙) 尿道甚過敏者. 若狹窄限於尿道前三分之二者可用之. 倘尿已染膿毒必不可用. 尿道刀之形式不一,最妙爲息斐氏 Civiale 尿道刀(見四百六十三圖),

但狹窄處必能通過第五號導尿管方可用之,其刀之末端似球形,內有匿刀,柄外有鈕,壓其鈕則刀卽伸出.先將此器插過狹窄處,隨壓鈕使刀伸出,往後拉回切狹窄之瘢組織甚至能容大號導尿管,後插該管而留於尿道內.若狹窄居於尿道深處,則將刀刃轉向上割之以免傷及尿道球.宜小心勿割傷瘢外組織,恐其出血或起膿性尿道周圍炎或尿外滲也.再者施術之先當以稀釋消毒藥液灌洗尿道.

第四百六十四圖



Fig. 464—SYME'S SHOULDERED STAFF FOR EXTERNAL URETHROTOMY

尿道外切開術所用之賽姆氏探子

尿道外切開術 External urethrotomy.

應施此術之指徵與內切開術同,但狹窄居尿道後三分之一者可用之,患會陰瘻者用之尤多.此術宜插以賽姆氏 Syme 有肩探子(見四百六十四圖).其探子分幹並末段及柄三份,幹粗而遠端成肩,末段彎而細可過狹窄處,而幹肩不能,下面之正中線有溝佔幹之遠半吋處及末段.病者當作切會陰臥式,醫士須正向其會陰而坐,將會陰薙淨而消毒.遂在正中線切開,甚至探子末段之溝,刀刃須循溝向上剖至探子之幹,則狹窄處完全被切開.若有會陰瘻遂宜自正中線切開之,刮淨而消毒.後以大號軟導尿管插入膀胱,由尿道口插或由割口插須視其情形而定,留之數日以吸出其尿.對於刀口宜先止血,遂以無毒紗塞之容其

生肉芽而癒. 至於導尿管存留之久暫,視其有無周身之症狀而定,後則每日仍插以大號導尿管.

不通性狹窄之治法 Treatment of Impassable Stricture. 按其有無尿瀦溜而異. 若無尿瀦溜,大概器械不能插入之故,乃因妄食或傷風致痙攣性抑充血性狹窄而然. 治法宜令病者安臥數日,調節飲食,通利大便,服鹼性瀉劑及黑莨菪酒,越數日或須施以麻醉藥,再插導尿管.

若仍不能插入,須用惠李好氏 Wheelhouse 尿道切開術處理之(見第四百六十五圖). 先將惠李好氏直而有槽之探子插入尿道,此面正中線有槽,末端彼面有鉤,既插至狹窄處則切開尿道達至探子之槽,隨反轉探子使鉤透割口之上角微提之. 尿道兩側用脈鉗牽開,以露狹窄之口. 常有肉芽凸出,可用細鈍頭導子引入狹窄處,遂用刀切開. 以大號導尿管插入膀胱留之數日,則割口生肉芽而癒. 若有尿瀦溜宜速處理之. 倘在早期且症狀不急,可用熱水坐浴,並用熱水灌洗直腸,服鴉片適中之劑量,或用嗎啡彈劑尤妙. 若在浴盆內仍無自然小便,且膀胱漸膨脹,甚至於腹下部能捫出,可於恥骨上處用吸引器吸尿,或用套針並套管插入放之,如此可暫減症狀. 尿道後部既不被尿所漲,大概插導尿管匪難. 倘無效恐須再吸數次,或施恥骨上膀胱切開術,隨以探子或軟導尿管由膀胱內插入尿道內口,若不能立時插入越一二日插之亦可,隨即施擴張術.

第四百六十五圖

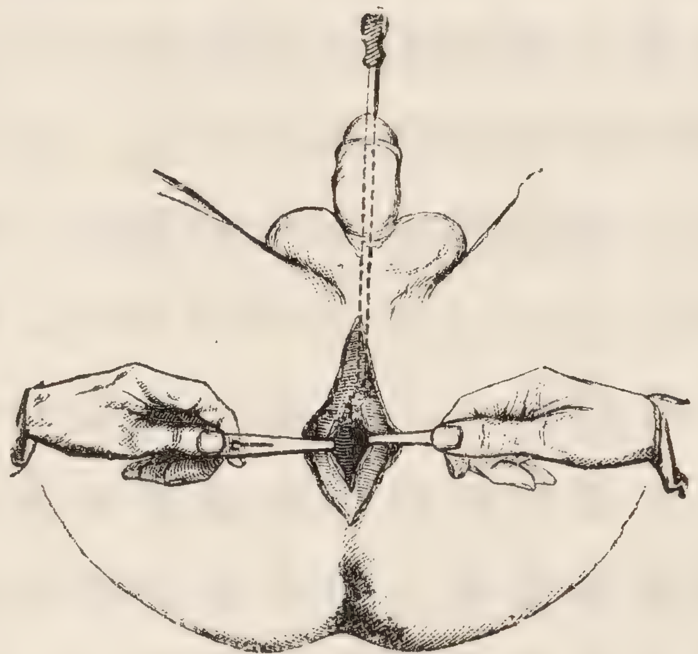


Fig. 465—WHEELHOUSE'S OPERATION FOR IMPASSABLE STRICTURE

不通性狹窄之手術

第四百六十六圖

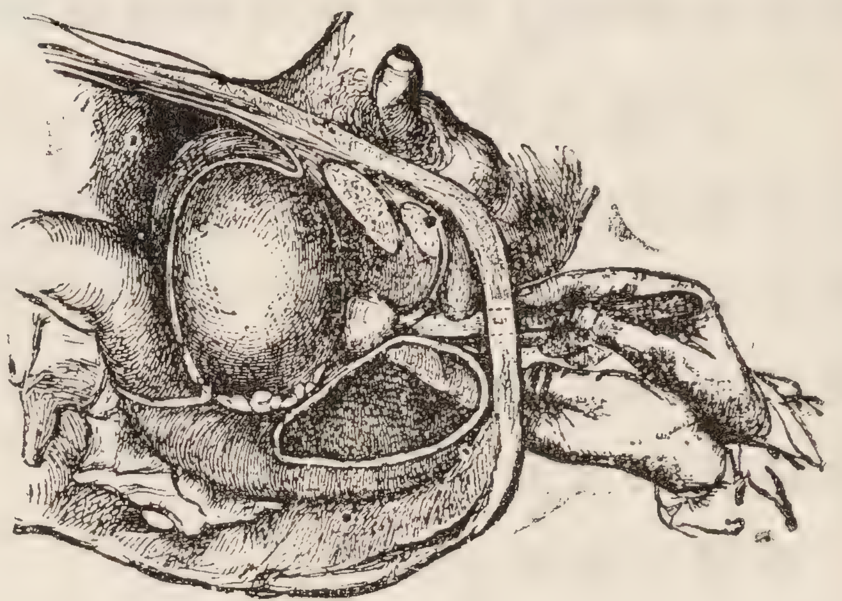


Fig. 466—COCK'S OPERATION OF PERINEAL SECTION

會陰切開術

不用恥骨上膀胱切開術較佳,因尿已腐敗,且易由吸尿或引流管之路而致甚劇烈之炎也. 欲免此患可由會陰在狹窄處後切開膀胱,若已顯膿腫或尿滲出之狀尤宜如此. 施此種手術不可延悞過久,因尿向上返壓致腎受劇烈損害也.

會陰處膀胱切開術或名柯氏手術 Perineal Section, Cock's operation. 探子不能插入者有時用此術. 令病者作切會陰臥式,醫士將食指插入直腸察明尿道膜部何在,遂於正中線將會陰切開,再以刀向前列腺尖將組織切開. 最要者須循正中線而入,以免傷兩側之血管及他要件,蓋此處之血管等甚多也. 尿道在狹窄後之段每擴張,一切開之尿即湧出,須小心勿傷尿道上壁,以免達至盆深蜂窩織. 平常此術不難施行,但尿道若移至一側則難覔得. 若狹窄處距割口不甚遠可切開之,用大號導尿管插入膀胱,且待會陰割口生肉芽而癒. 若狹窄處當時不能處理,且為堅硬軟骨性狹窄,則可用橡皮管由會陰割口插入膀胱,逾數日則組織約可容導尿管插入,或可用惠李好氏術處理其狹窄.

併發病 Complications. 除上所論之併發病外,另有尿道周圍膿腫,尿瘻,及尿滲出等.

尿道周圍膿腫 Peri-urethral Abscess. 因有少許尿滲出,或毒質由潰瘍處吸收所致. 在會陰或陰囊上有堅硬之腫處,且有觸痛,膿漸近皮面則按之有波動,該處之皮充血而水腫.

全身亦受累,並發衰弱性之熱. 若不切開則其膿自行穿破,致成會陰瘻,遂溢膿或膿與尿相雜. 有時成數瘻口,非限於會陰,亦有穿達股臀或腹股溝等處者. 病久者其會陰及陰囊組織被浸潤,至變堅而略似軟骨.

診斷 會陰膿腫非獨因尿道狹窄而起,亦有因皮被戟刺生淺膿腫者,又有因患淋病其尿道窩或尿道球腺化膿者. 有時前列腺或坐骨直腸窩之膿腫在會陰處穿頭. 尿道受器械之傷或有假路者,亦可於此處成膿腫.

治法 初期宜以熱濕布敷之,既化膿可切大口放之,兼或能同時於尿道狹窄處用根本療法. 雖狹窄已擴張,但膿及尿仍由會陰之瘻而出,故非施手術其瘻罕能痊癒,如此者施賽默氏或惠李好氏手術爲妙.

尿外滲 Extravasation of Urine. 此乃尿道壁破裂而尿滲入會陰及陰囊組織也. 約因狹窄未治療而其後方之尿道過漲,致小便用力時病者自覺甚痛,宛若在會陰處之某件破裂,則痛忽減輕. 不久復痛而顯局部及全身之症狀. 有時由漸而起,即先有尿道周圍膿腫而破入尿道,每小便時膿腫腔被尿膨脹,至後則膿腫壁破而尿則蔓延外滲. 尿道因傷而破者,若病者試行小便則症狀亦同.

尿道破裂多在其膜部,則尿穿過尿生殖隔之下層,循筋膜排列之方向至腹前壁. 陰莖脚及所蓋之肌列於尿生殖隔下筋膜與會陰筋膜深層之間隙內.該二層膜遮過會陰橫肌而相續連,皆於兩側附麗坐骨及恥骨之枝.設尿生殖隔下筋膜退讓而被尿所穿,則尿入此間隙內. 且被該二筋膜之附麗所阻不能行往後或往外,勢必壓逼向前按次浸入會陰並陰囊及陰莖體矣. 倘尿滲出過多則循精索延至腹前壁.其不能往下至股者,因腹淺筋膜深層適在腹股溝韌帶下附麗闊筋膜之故. 尿

外滲極劇烈者,或能延至腋部.

結果　繼狹窄滲尿所致之結果每甚劇烈,因尿常已腐敗而有鹻性,故其所至之處即變成壞疽性結締織炎.其被尿滲入之處,初則堅硬,不久則壞死,皮面充血而水腫,色暗紅或黑,卒則潰爛,膿及尿與腐組織相雜排出,有最惡之臭.有時因潰爛處頗闊,甚致睾丸或陰莖體或腹前壁之一部份暴露.兼顯甚重之全身症狀,如體溫升高,脈速,然後體溫或減退較常度略低,而病者因毒血病致精力虛脫.

治法　患區宜早開多數大口以便膿尿排出,或能免皮及皮下組織壞死.凡尿侵入處皆宜切開之.在會陰及陰囊則於正中線切開,若有必須則切至尿道.陰莖宜在尿道兩側且莖之背面切開.有時重按其組織即能逼出尿之大半,在陰囊尤易如此.後以大號放尿管插入膀胱,有時須切開尿道狹窄處始能行之.如此者宜在會陰處安設排液管.後以碘芳 iodoform. 撒之,又用滅菌之熱敷料敷之,如木炭 charcoal. 或硼酸亞蔴子 linseed 或硼酸熱濕布等.且宜頻用熱坐浴或恒久坐浴最妙.至傷處潔淨可用平常換敷料法使之生肉芽,宜調理身體,多用易消化之食品,並服激性藥及奎寧.

尿瘻 Urinary Fistula.　常見於會陰,陰囊,或陰莖體等處.多因尿道狹窄致周圍發膿性炎,或因淋病後尿道竇之膿腫或前列腺之膿腫所致.多寡大小無定.若因狹窄所致則瘻或多,其周圍之組織多被浸潤而硬化.

治法　其在會陰者治法已論於上.倘有狹窄須用尿道外切開術,有時手術後會陰之割口難以癒合,宜刮其瘻口之邊緣,後用線深縫割傷.將導尿管插入膀胱經數日則拔出,後宜每數小時導尿.若瘻小而居於會陰或陰莖,則可取塗硝酸銀之銀針或電烙器烙之.然亦有須用尿道修補術處理之者.

陰莖病 AFFECTIONS OF THE PENIS

包莖 Phimosis. 完全包莖者,乃陰莖頭包皮長而口甚窄,不能翻過莖頭冠之後也. 多係先天病,有時口甚窄致不能小便,然多見者口雖過窄仍能小便,但膀胱因之過敏. 如此者陰莖包皮與陰莖頭多粘連,且包皮下積垢 smegma 難除頗有戟刺性,有時垢積濃厚變乾而成石. 小兒因作癢頗劇常以手牽扯包皮,如患膀胱石者然. 陰莖頭屢次發炎,若自將包皮翻過莖頭冠後,大概必致箝頓包莖. 若包莖久不施治,後或成膀胱膨脹或致腎盂積水. 此病不但有激刺之難堪,亦能引起手淫之損害. 倘已有花柳病則症狀加劇,亦爲陰莖起上皮癌之素因.

有時係後天病,約因花柳瘡生瘢所致.

治法 只有包皮環截術爲佳,雖尙有他法,如包皮擴張術及包皮解開術等,皆不甚滿意.

包皮環截術 Circumcision. 凡包莖之小兒,須在一歲內施此術,因此時陰莖未發育,手術頗小,施後而無何不舒也. 倘延遲愈久則手術愈繁難. 最佳之法如下,即以兩扣鎖鉗夾包皮背正中線之兩旁牽之,繼將導子插於包皮與莖頭之間在正中線固定之. 遂用剪或銳頭彎刀將包皮分爲左右二半,將二半與莖頭分離,若有粘連宜分開之,須完全行之始能除淨所積之垢,且能露出莖頭冠,多餘之包皮組織(皮及粘膜)須由兩側剪除之. 莖頭下面更宜修理完全,以免附近繫帶有凸出之塊. 在成人必有數血管出血,近繫帶處尤然,須縛之,在小兒則出血少. 既將邊緣修理齊整,用腸線間斷縫其粘膜與皮相合,免有肉面暴露. 對於嬰孩祗用線數條,在成人則多用之,最要切勿用連續縫合術. 後用紗條包其傷處,外另用無毒棉花少許包之,在成人則用窄帶縛穩. 有時手術後頗有困難,因夜間陰莖

勃起,或致縫線撕破組織,宜服瀉藥並節制飲食,服溴化鉀 pot. bromid. 及他種安撫劑以免此弊. 過五日則將縫線剪去,再以硼酸 acid. boric. 氯化鋅 zinci oxide 澱粉 amylum. 三者之調合劑撒之,以減少陰莖頭之敏感性.

箝頓包莖 Paraphimosis. 此因狹窄之包皮口向後牽過莖頭冠,即箝頓於冠後不能復回,則包皮暴露之粘膜並莖頭水腫而充血. 若不治之,則受箝頓之窄區潰爛,包皮遂粘貼於新處,遲早血循環因之有改變,而水腫漸消. 亦或有莖頭因被箝頓而脫腐者.

治法 宜令包皮還至原位,以兩手之食指與中指夾其陰莖,用兩拇指壓莖頭使充血及水腫減退,隨即向前牽包皮使復原位.(見四百六十七圖). 若包皮水腫甚,宜先用針刺破數處,俾血清流出而減緊張力. 若患較久不能牽回,則須在陰莖背切開箝頓組織(即包皮口)以弛緩之方易著手. 外敷鉛洗劑 lotio plumbi, 迨數日水腫消退,則施包皮環截術.

陰莖頭炎 Balanitis. 多因淋病或軟下疳 chancroid 而發. 另有單純性者,乃因包皮過長致病者不易洗之而起. 多累及包皮內面致成莖頭包皮炎,則包皮常水腫,有粘液性膿或純膿由包皮口溢出. 有時包皮口狹窄,而內面潰爛,甚或穿破.若未治療,而兼有崩蝕性潰瘍 phagedena, 則包皮一塊腐脫,甚致莖頭由上面凸出.

第四百六十七圖



Fig. 467—REDUCTION OF PARAPHIMOSIS

莖頭包皮復原術

治法 單純性者宜將包皮下洗淨,後以絨布浸鉛洗劑塞於包皮與莖頭之間. 若溢液較多及包皮長而腫

或將有潰穿之趨勢,宜切開之.迨腫退而組織平復,則施包皮環截術截除其多餘之組織.

軟下疳及梅毒下疳 見第一百零四及一百零七面.

包皮疱疹 Herpes 累及包皮與莖頭者不少,約因局部性戟刺而起,在患痛風病者尤然,但最多者係繼梅毒後而起,施治較難.症狀.先則作神經性痛,繼而甚瘙癢.該處生數皰,皰底充血,後擦破致成小潰瘍.治法宜將患處洗淨,撒以氯化鋅和澱粉之散劑,大約七至十日卽癒.小潰瘍尙未收口,倘不謹愼則易受軟下疳及梅毒之染.

瘊又名疣 Warts. 生於陰莖,形似紅色而多含血管之贅生物,強牢有蔕,有時長至甚大.多繼淋病後而起,宜細心與梅毒粘膜斑鑑別之.治法宜剪除之,遂用電烙器烙其底.若其數多可用X光線治之.

皮脂角 Horns. 此患有時生於陰莖體,常係皮脂質所成,(見前第三百三十四面),宜割除之.

鱗狀細胞癌又名上皮癌 Epithelioma. 除包皮狹窄或包皮長者外少見此病,故有謂猶太人不患之,因行割禮也.此病多起於莖頭冠後之溝,累及四圍,致成不規則乳頭形之贅生物,或蔓延侵入鄰組織,而早期潰爛致組織多被毀壞.初起居於包皮之下使之擴張,有含上皮細胞與膿細胞之敗液溢出.後則累至包皮,甚或穿破之.終則累及陰莖體,且因該體多有血管則蔓延甚速.腹股溝淋巴腺早已受累.若波及陰莖體則腰淋巴腺已受累.

診斷 上皮癌與瘊易於鑑別,癌底硬化,患瘊者之莖頭軟而仍如常也.

治法 若癌仍係限局性,希冀可以斷根,則須將陰莖截斷.若祗累莖頭則可在莖體中部截斷,然按現今病理學家之理論,將陰莖完全截除較妙.

莖體截斷術　此術不難,先環割莖體之皮而畧翻上. 隨卽將陰莖二側海綿體截斷,惟尿道海綿體則宜在略下割斷,使留段較長半吋. 須止血,應縛之血管大抵有五,卽二側陰莖海綿體動脈,並二側陰莖背動脈,及陰莖中隔動脈是也. 海綿體之纖維織稍須縫合,以封閉血管腔,遂將尿道下面在正中線切開致成一糎長之口,於是將陰莖下面之皮穿一等長之口使尿道貫過,將尿道切口之粘膜與此口之邊緣縫合. 其餘之割口如常縫合.

陰莖完全截斷術　此術較上術重大,然所獲之效果則佳. 令病者作切會陰臥式,薙淨會陰而消毒,遂在正中線切開其皮,須覓得尿道海綿體向後循之而割斷,但所留之後份長短須足敷將粘膜縫於割口之後角. 隨用刀或合宜之骨刮 raspatory 將陰莖海綿體解離鄰組織,且將其根與恥骨坐骨之枝分離. 復繞陰莖底環割其皮,割斷陰莖背血管而縛之,再割斷其懸靱帶,如是卽能牽陰莖向前完全截除之. 凡出血處皆宜縛之,遂用線將前割口用連續縫合術在正中線縫合,會陰之割口亦然,但須在該口置引流管數日. 此術之結果甚佳,且病者若用合宜之接尿器則小便時無庸坐下,可常將此器隨身帶之以便應用.(其器上爲漏斗形適合會陰,下成管形而口向前,便於引尿向前而出).

第四十二章

睾丸精索陰囊精囊等之病

AFFECTIONS OF TESTIS, CORD, SCROTUM AND SEMINAL VESICLES

先天性睾丸病 睾丸本居腹腔後壁之腹膜後,鄰近於腎.其體由生殖器嵴 genital ridge 而起,此嵴居午非氏體 Wolffian body 之內側,有柱狀上皮細胞覆蓋之.睾丸之輸出管係由該體之微管而生,至後則與細精管相連.輸精管 vas deferens 係午非氏導管 Wolffian duct 所成.

先天無睾丸體者或有之,亦有無輸精管者,但甚少.且有一側有二睾丸均降至陰囊者,名多睾病 polyorchism,但甚罕見.睾丸由腹內降至陰囊即在胎胚時八月之末,究其降下之故,係有一束不隨意肌纖維所成之睾丸引帶 gubernaculum testis 助之,然其作用爲引導的,抑或爲牽扯的,尚未明悉.此帶由腹股溝管經過,所連屬之物甚要,下端所連者即腹壁,恥骨,陰囊底等,上端之纖維則附腹後壁之腹膜,或有連於睾丸者.有人想其帶將腹膜牽下致成睾丸本鞘膜,且牽睾丸使之下降.

睾丸之異位 有二類,一未全降,二異常降,或名錯位.

(一) **睾丸未全降** Retention of the testis. 有時睾丸留在腹腔,retentio abdominalis 並有系膜懸之於腹壁.居於腹股溝腹環 retentio iliaca 內者較多,然居於腹股溝管內或於其皮下環之外者 retentio inguinalis 更多,居皮下環外之睾丸甚活動且易向上壓往腹腔.原因大概因睾丸引帶附麗不正,或胎時患腹膜炎.因腹股溝皮下環狹窄或副睾過大而起者甚少.

症狀 即陰囊無睾丸.若居腹股溝大概有一能動之小團,大如蠶豆,壓之有睾丸之特別痛覺.陰囊之病側發育不足.至後睾丸或降下,則或兼成先天性赫尼亞,或腹壁間赫尼亞.

(二) **睾丸錯位** Malposition of the testis. 分兩種:(甲)會陰處錯位 Ectopia perinealis. 即睾丸由股與陰囊間之溝而至會陰.有爲先天性者,因睾丸引帶有一副束牽之,或因睾丸降下時稍遲而陰囊萎縮之故.此患頗有不便,因坐時或乘馬時易受壓也.(乙)股處錯位 Ectopia cruralis

睪丸則居股三角之內側近卵圓窩,或謂由股管而出.但大抵由腹股溝管如常降下,後過腹股溝靭帶之淺面而至於此,因引帶或有副束扯之之故, 若另有先天性赫尼亞,則赫尼亞因循筋膜之故或向外至髂前上棘,與股赫尼亞同. 若睪丸留於腹內或錯位則多無生精子之作用,或在二十歲上下只行功二三年而已. 有覺睪丸顯暫時之陣發性痛者,大約因畧被損傷或扭轉所致. 厥後睪丸則顯纖維性變,終則完全萎縮. 若患祗一側尙不甚緊要,倘兩側皆患大概無生殖能.

併發病 以下所論畧及正位睪丸之諸病,皆能患於異位之睪丸,致病者甚覺不安,睪丸附近腹膜者尤然. 若睪丸異位或仍留於腹股溝管,則易於受傷,致發亞急性損傷性炎. 或謂異位之睪丸至後易生惡性瘤,但此言不甚可恃.

治法 因異位之睪丸多令人不爽,且恐後生惡性瘤,則割除之大抵頗佳. 有人籌設多術將睪丸置於陰囊內,然強半無益,因其血管及精索過短,或因睪丸已有纖維變,或因施手術時被扯受激刺致後有纖維變,故難保其作用. 或謂在二十三歲以下者,可將睪丸復回入腹,然其效未定.

有時睪丸體居後而副睪居前,此非甚要. 惟用刺針放睪丸膜水腫(積液)之液須加謹愼,以免傷及睪丸.

精索扭轉 Torsion of Spermatic cord. 如此者其睪丸必致急性絞窄. 其故未確定,多累遲降之睪丸,或因病者傷力所致. 其狀大抵易於認出,睪丸痛極劇烈幾使之嘔吐,至睪丸變壞疽則疼或止,溫度畧高,在腹股溝或陰囊處見一腫團,團之下部爲畧大之睪丸,團之大半爲扭轉之精索及充血而腫之副睪,有時因團腐敗以致生氣,則捫之有擦音. 其狀頗似絞窄性赫尼亞,但患扭轉者溫度升高,腹不膨脹,又不吐糞,且大便非完全秘結,均爲與絞窄性赫尼亞鑑別之重要症狀. 若睪丸居陰囊,則精索並腹股溝均如常.若居腹股溝管,則本側之陰囊乃空. 療法只能切開檢查,病在早期者或能解放其扭轉,病較久則精索及睪丸有劇烈之炎或成壞疽者,則須截除之.

睪丸及精索損傷 INJURIES OF TESTIS AND CORD

挫傷 此乃常見,因受打踢壓等所致. 症狀受傷時立即有劇烈之疼痛,非只限於睪丸,且或循精索射至腰背及股前.另有極重之休克,或至殞命. 厥後睪丸發損傷性炎者非少,終或

萎縮. 有時炎狀輕微,然睾丸仍萎縮,因精索血管內有血栓阻塞之故. 有因受此等皮下損傷致患陰囊血腫者. 療法,宜令偃臥,將陰囊墊高,敷以熱濕布,或敷冰囊亦可.

穿傷 除因施手術(如刺空針以放睾丸膜水腫之液)外,罕見之. 症狀,睾丸立即有劇烈之痛,後則出血. 若染菌則睾丸組織或由白膜之傷口凸出,名睾丸赫尼亞. 療法,尋常潔淨傷處任其自痊. 若疑傷口已受染,勿須縫合白膜. 若睾丸組織已被毀滅宜施睾丸截除術.

陰囊血腫 Hematocele. 即睾丸本鞘膜(潤衣)或精索一處積血.損傷後多見此患.分論如下:

(一) 睾丸本鞘膜血腫 因被打或傷力而起.有時因用空針放睾丸膜水腫之液刺破淺血管或傷及睾丸體所致.亦有因液忽放出,則鞘膜漿層之小血管因外壓減小而充血,致血滲出所致者.有因惡性瘤而起者. 病理睾丸忽然極痛,速行腫大,絕無炎狀. 若血侵入陰囊,則數日內皮變色,因被血色素所染也.

初時腫處光滑,按之有波動,與睾丸膜水腫無異,惟不透光. 後因血凝結致血纖維素粘於囊壁,不久變硬,宛如實體腫瘤. 若出血少則能全被吸收,倘出血多則血塊或存留. 若剖開水腫,則見睾丸如常,惟鞘膜腔中有棕黃含血之液,腔周圍有凝結之血纖維素,或浮於液中如繸,或成層貼於腔壁. 若病甚久,則膜變厚而硬,或有石灰性變. 有時化膿,乃因染身內細菌也. 鑑別診斷初期易辨.若已硬化,則按其歷級及無他病之狀,或能辨明.然有時非用切開術或放液術不能斷定. 療法,初受傷後宜令其偃臥,將陰囊墊起,敷以蒸發性藥液. 若滲血多可以無菌空針放出若干,使其餘之血尤速被吸收. 若患較久,或須將其腔切開去其內容物. 尤久者,至鞘膜增厚而硬,而睾丸已萎縮,或宜截除之.

（二）精索血腫　此患罕見．精索速行腫大，腫處由腹股溝延至陰囊，惟睪丸如常無恙．形式如網膜赫尼亞，但血腫之軟硬全體一律，較爲球形，並或有波動．該血腫不能還納腹內，無咳嗽之觸跳，且有受損傷之歷史，可助診斷．療法初期敷蒸發性藥液，厥後若血未被吸收，則可切開其腔除去血塊．

輸精管破裂 Rupture of vas deferens.　因傷力所致，甚罕見之．有累該管腹內之部分，則尿道出血，體溫署高而腹下部疼痛者，迄後或致睪丸萎縮．若管之腹外部破裂，則睪丸腫大且或陰囊積血．曾有此病一案，管破裂後未久而行交合，致尿道出血，其後復行之則睪丸甚痛而腫，但睪丸終未萎縮．倘令病者不安，宜截除睪丸．

睪丸炎及副睪炎

INFLAMMATORY AFFECTIONS OF TESTICLE, ETC.

炎初起者或只累其一，厥後則二者常俱被累．分急性慢性二類：

急性睪丸炎 Acute Orchitis.　常因損傷而起，然有原發性者

第四百六十九圖

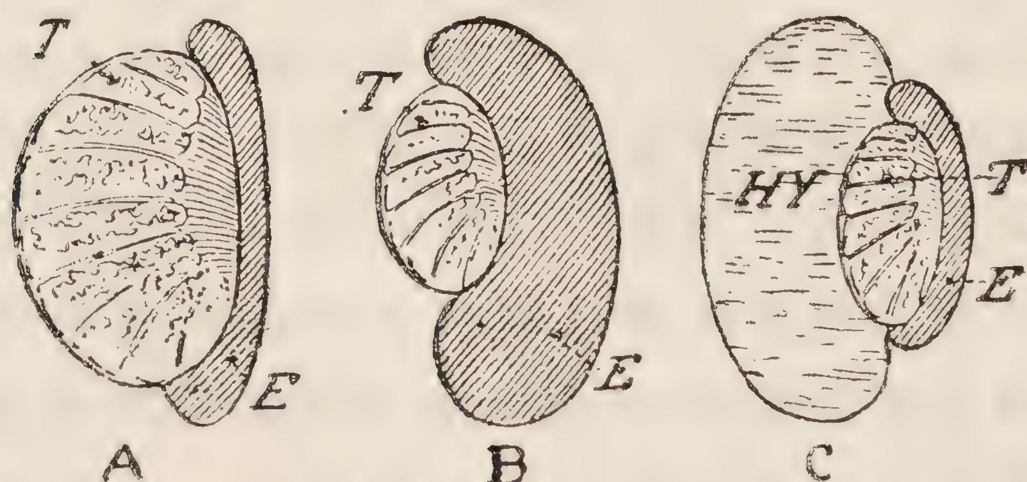


Fig. 469—DIAGRAMMATIC SECTION OF (A) ORCHITIS. (B) EPIDIDYMITIS AND (C) HYDROCELE OF TUNICA VAGINALIS
T. TESTIS. E. EPIDIDYMIS. HY. HYDROCELE

A 睪丸炎　B 副睪炎　C 睪丸膜水腫
T 睪丸　E 副睪　Hy 睪丸膜水腫

即起於患痛風 gout 或風濕病 rheumatism 者. 亦有遷徙性 metastatic 者,如在腮腺熱病 mumps 傷寒 typhoid 或他種發疹熱病之後而見.有時睾丸先炎而腮腺繼之.或只睾丸炎而腮腺無恙.每兼有輕重不等之副睾炎. 症狀,睾丸腫甚,疼痛劇烈,亦有觸痛,形畧似球,(見四百六十九圖 A),痛幾令嘔,且循精索映射至腰背等處. 陰囊皮紅而受浸潤,且因炎甚劇,則貼於睾丸之覆蓋物. 有時見炎性漿液滲入鞘膜內,名急性鞘膜水腫. 全身發熱至一百零一或零二度,嘔吐兼大便秘結. 罕致化膿,倘化之,膿出後或至睾丸組織由孔突出,名睾丸赫尼亞. 萎縮爲常見之結果,成人者尤多,蓋因炎性滲質變爲組織,致壓迫血管及細精管故也.

急性副睾炎 Acute epididymitis. 常因炎患(淋病居多)由尿道蔓延而累及之,有因尿道插器械,或因石嵌入尿道而致者,或因前列腺染膿球菌而累及之. 症狀初有疼痛,覺在腹股溝部或腹下部,循輸精管而射,且未幾至陰囊. 睾丸腫大,狀似長卵形而兩側較扁. 捫之則覺,副睾形如新月,其凹面即貼睾丸,而周圍掩其後份,然睾丸之前面仍可捫得,(見四百六十九圖 B),或可捫及積液之鞘膜腔. 陰囊色紅而顯水腫,與睾丸相粘. 精索受浸潤,腫大而有觸痛. 他狀與睾丸炎同,惟化膿或稍多,乃因病原多由尿道深段之膿性炎所致,但罕見. 倘治未得法則睾丸多至萎縮,因滲質侵入副睾,後機化成纖維瘢織而縮壓精索血管也. 若兩副睾俱炎,恐後無生殖能.

療法此二病宜令病者偃臥,陰囊托以小墊,繼續敷以熱濕布. 若病仍在早期或可用冰囊或涼水管敷之.

痛烈則用熱水坐浴,或用嗎啡彈劑.初宜服甘汞,只飲良性液體食物,服鹼性瀉藥及安撫劑,如黑莨菪酒 tinct. hyoscyami 或鴉片酒等.若脈搏硬而溫度高可服銻酒劑 vinum antimoniale 每

次十滴．急期旣過，則睾丸常腫大，畧有觸痛，宜用鉛貼膏或阿摩匿肯汞貼膏壓法，壓至硬厚等狀減退而止．

亞急性及慢性睾丸與副睾炎 或隨急性炎而起，或因直接受傷或傷力所致．症狀該器官特異腫大，易於捫出；且有觸痛．若爲淋病所致，則副睾尾受累，而梅毒性炎則多累及副睾頭，此頗有助於診斷．慢性睾丸炎之狀，與梅毒炎同，惟其病歷則異，用伐色曼氏查法方可鑒別．療法宜用貼膏壓法或服汞及碘化物之小劑量，以助炎質被吸收．

睾丸結核病 Tuberculous Disease of the Testis. 多見於曾患結核病之青年人，有時健壯者亦患之．有原發性者，有繼他處之結核病起者．

病理解剖，初起於副睾之結締織，爲粟粒形結核圍繞其血管，後則相合，且有乾酪樣變至成若干大之塊，終或化爲液體致成膿腫．或祗累副睾之一區（副睾頭爲多），或瀰漫其全體令之腫大，後者不久蔓延或累及睾丸體，或隨輸精管而傳．累及睾丸者則其縱隔先受累，而細精管間之結締織次之，細精管之上皮細胞過長，後則有脂肪性變，甚至以顯微鏡察之難見正常之構造．或其內生膿腫而膿穿白膜；是時鞘膜臟壁之二層業已相貼，膿流出後則易成睾丸赫尼亞．若病隨精索而傳，則多累輸精管使其壁變厚，而精索之他物少受累．病輸精管循膀胱外面漸至精囊及前列腺，甚或至膀胱底，輸尿管及腎．終或播散遍身卽致腦膜結核炎者亦不少．

症狀 初多在一側，後或傳及彼側．起病急慢無定．若急則與睾丸炎同；然歷數星期痛雖止而腫仍不消，遂成乾酪樣膿腫．若慢則副睾或生一或數堅硬之結，無觸痛，但較多者則睾丸全體腫大而厚，成新月形不痛之塊圍繞睾丸之後半；但二者之間隔一深槽．捫之有結及軟硬不一之處，如硬處之間夾以

軟處. 輸精管首先增粗而有結,甚或有串珠形. 精索之他件幾不受累. 若累及睪丸,則體大而與副睪間之槽不現. 若睪丸之組織未全被毀滅則仍有特覺,然罕見鞘膜內積滲出液. 若睪丸化膿則較痛,而膿腫在睪丸體內者則尤然. 至膿穿向皮面時則皮變紅充血,粘連睪丸,漸有波動. 膿出後或成睪丸赫尼亞. 若副睪化膿則痛較輕,其膿腫或長至甚大而後破,破後决不見睪丸赫尼亞. 若傳至精囊則無特殊狀,僅由肛門診察可知. 若傳至膀胱底及前列腺,則小便困難並膀胱過敏之狀甚顯. 鑒別診斷詳於本章陰囊瘤鑑別診斷節.

治法 病尙在早期而有限局性者居特療養所 sanatorium, 用補身體法或能見瘉,若病區畧大須用手術. 若全副睪大而硬,而睪丸體無顯然之症狀,大約無病,可將副睪由睪丸分離割除之已足. 其法,將結核病團由睪丸體分離,其內側之血管須愼爲保存,將輸精管愈向上剖離愈妙,而後截除之. 若有膿腫或瘻非爲手術之反徵,然截除之皮須較廣闊耳. 倘睪丸體數處有病,該處後易萎縮,否則宜施刮術. 如此者睪丸日後雖無生殖之作用,然仍能生正常有裨益之內分泌,且恐彼睪丸至後受累,故不如留之爲愈也. 雖輸精管於腹股溝皮下環增粗而精囊已受累者,仍能施手術,病體之強半既被截除,用特療養所之法則天然之瘉工或能使其餘患自消.

若睪丸完全被毀滅,自無內分泌之作用,宜兼截除睪丸並輸精管一長段.(愈長愈妙)(見下).

睪丸梅毒病 Syphilitic disease of Testicle.

由遺傳者少,由自得者多. 每起於第二期之末或第三期.

患第二期之梅毒性副睪炎者不甚多見,副睪顯慢性增大,鞘膜腔或兼水腫,多起於受染後半至一年. 症狀與單純性慢

性副睾炎頗類似,但副睾頭多受累而生結,且左右多兼被染,若服汞劑則易瘉.

患第三期之梅毒性睾丸炎者,於受染後經過二三十年始見,累及左右二側者不少. 以病理論,狀與他處之三期梅毒者同,卽睾丸結締織有瀰漫性過長。强半者睾丸全體受累則硬化,西名 sarcocele 小半者爲局部性則生樹膠樣腫(或名梅毒腫).



第四百七十一圖

Fig. 471—TERTIARY SYPHILITIC DISEASE OF TESTIS WITH GUMMA OF THE BODY

睾丸梅毒病第三期其體有梅毒腫

三期梅毒睾丸硬化 增大似球,各處堅硬如石,鞘膜腔內每含滲出液,睾丸之特覺早失. 有時並累及副睾與輸精管. 然化膿者甚罕. 剖開則不見睾丸之常式,白膜最厚,其下面之小隔亦長成粗帶蔓佈睾丸之內. 若病劇烈,則其主質幾完全被滅.

睾丸樹膠樣腫. 睾丸之强半情形類似上述.然另有一或數顯膠樣變之處. 剖之則見有限局性黃白團,中央旣無血管故易於壞變而成軟膠樣之質,腫之附近皮者多向外破,至成梅毒潰瘍,瘍底較深爲一塊似黃濕皮之腐組織所成. 然少致睾丸赫尼亞. 按臨診論之,早期症狀初與上者同,至後睾丸之一區凸出且覺痛,漸長至中央軟化而有波動,終則潰破而排出膠樣質. 上論之二種梅毒睾丸,若療治得法,則腫或完全消退,致該器官之大小如常,或至萎縮. 然其作用必弱,甚或全無與結核病同.(鑒別診斷見本章樹膠樣腫診斷).

治法 服碘化鉀及汞類,鞘膜積液者可放出,睾丸或用貼膏壓法或以懸帶托起均可. 若樹膠樣腫破至成潰瘍,或可將

其底之腐組織截除,且須敷浸黑汞洗劑 lotio nigra 或他汞藥液之紗布等. 若顯最著之伐色曼氏正性反應,則以薩伐散注射靜脈一二次,然病久者須以汞劑治之.

睾丸赫尼亞 HERNIA TESTIS

定義 乃睾丸之組織被肉芽所侵,由白膜及陰囊皮之破口凸出. 原因不一,如因睾丸受刺傷而染膿球菌,或睾丸急性化膿性炎,或患慢性膿腫或結核性膿腫. 惟因樹膠樣腫者較少,蓋患梅毒者之睾丸多爲纖維瘢織所侵. 副睾化膿者自無此赫尼亞. 早期白膜內壓力過大,至膜穿通成口之後,則其彈力將膜內組織由口逼出. 逼出之部份或極大,甚至睾丸全體畢露,而白膜內面幾完全向外翻出,則由陰囊破口見有凸出之類肉芽組織團. 形式或頭大蒂小似蕈,甚至周圍掩覆皮緣,病較輕則皮緣下空虛,膿常不少. 宜與睾丸惡性瘤鑑別之,即其瘤向外長,至穿皮而開花,則所凸出者僅爲瘤織而毫無睾丸之本織.

治法 大抵須截除,患結核病者尤宜如此. 病輕者須設法令傷口潔淨,且以紗墊壓之,或能痊癒. 有時可將凸出之團由隣皮分開,剪除傷口之邊緣,將凸塊推入而縫合其口,然雖如此則睾丸織仍不能復入白膜內,結局亦罕滿意.

睾丸腫瘤 TUMORS OF THE TESTIS

惡性者居多,僅有一種非罕見之良性者,即纖維囊腫(又名睾丸腺瘤).

睾丸纖維囊腫 Fibrocystic Disease of Testis, syn. Adenoma Testis 囊腫之大小不定,囊爲多數性,內襯立方或複層之上皮,形多爲球狀,或有管狀者. 有時囊彼此相通,內常含漿液,有時含贅生物. 囊外繞有結締織,此織或多或少,或有軟骨疣或粘

液性纖塊散於其間,經若干時該纖易變惡性。有二名醫謂其由午非氏體 Wolffian body（中腎）之賸件而起,該件常隣近副睾頭,所謂旁睾體 paradidymis, organ of Giraldy 是也。或曰此囊腫屬畸胎瘤。囊腫面大抵有睾丸纖排成薄層以蓋之。臨診狀況多見於青年人,病者或謂囊腫由傷所致,睾丸漸次增大,然不疼痛,其不便者惟大且重而已。狀似球,捫之有彈力性,若未變惡性則精索如常。若囊腫甚大,則陰囊皮或至潰爛。此病頗爲慢性,縱或變惡性亦甚遲緩。

治法 宜切開檢察以判定其性,而後截除之。

睾丸生他等良性瘤如軟骨,骨,纖維,粘液纖等者甚少,若有之大概每偕肉瘤或纖維囊腫併見。

睾丸肉瘤 Sarcoma of Testis. 由睾丸體而起,患者或爲未滿十齡之兒童,或爲三四十歲之成人.有繼睾丸遲降或未降而見者。多係軟團,爲圓細胞所成,性似淋巴肉瘤,體較硬而性似纖維肉瘤者較少。瘤內常有軟骨疣及粘液纖塊,或出血而有壞變成囊之處。有繼睾丸纖維囊腫而起者。常起於睾丸之結締織,且主質早被毀滅。瘤形似球,外線先不甚齊整,至病進行則內生囊致面長結,瘤或長至甚大,但僅至末級則精索與陰囊受累,或致皮潰爛而瘤內纖凸出似蕈,且腹股溝淋巴腺亦被染。主動脈與腔靜脈乂處之淋巴腺每受累而生繼發性瘤,且病由之波及隣物如腰叢之神經根,致疼痛甚劇,或累及臟腑使生繼發性瘤。患者於初起時之自覺狀僅爲睾丸重墜,而睾丸之特覺早失,終至精索被累時則疼痛最烈,而身體速行衰弱。病之進行初則遲緩,於此時期甚易割除以斷其根,後則長大甚速,數星期內已由精索達到腹內,致無法截除之。治法須將睾丸並瘤截除,愈早愈佳,且截斷精索以高爲妙。淋巴腺亦須截除,與睾丸癌同,其不能截除者可用射線療法以使原瘤減小,深X光線治療或於淋巴腺有益,但勿忘X光於腸粘膜有損害。

睾丸癌 Carcinoma of the Testis. 多屬類腦的組織,爲軟而速長之團,起於睾丸體,未幾累及精索,且貼於陰囊不久則皮面潰爛致成一開花之團,腹部及腹股溝之淋巴腺生繼發性瘤,臟腑間或亦然. 據臨診之狀大抵難以鑑定爲癌或爲肉瘤,因俱在壯年患之而罕見於孩童,然癌長較速,累精索及淋巴腺亦較早. 治法祇能截除睾丸及精索,(截除精索愈高愈佳). 割口可循髂血管向上延長,將腹膜等推開露出主動脈之分叉處,以便除受累之淋巴腺. 如此除淋巴腺雖難且險,然舍此則無以救其生命. 此病之豫後頗不佳,倘腹股溝淋巴腺已受累則尤難痊癒.

陰囊水囊腫(睾丸精索水囊腫) HYDROCELE

意卽附近睾丸與精索之水囊,(含膿或血者不列其內),其水常爲漿液;含精子者較少,含乳糜等液 chylous hydrocele 者尤少。可分二要類,卽睾丸水囊腫及精索水囊腫是也.

(一) **睾丸水囊腫** 水居鞘膜腔內者名鞘膜水囊腫 vaginal hydrocele, 或附近鞘膜成限局性囊名包繞性水囊腫 encysted hydrocele,

(甲) 睾丸鞘膜水囊腫 可分數等如下:

(子) 急性水囊腫 常與睾丸或副睾急性炎同見,滲出之液不多,非細心檢查不易鑑別. 早期爲漿液,與他等漿膜炎類似,故能自凝結. 至後或完全被吸收,祇賸少許粘着,或變爲慢性.

(丑) 先天性水囊腫 因鞘狀突 funicular process 仍通,有鞘膜水囊腫之普通症狀(詳下),但壓之水卽回於腹內. 患者多爲嬰兒. 治法以蒸發性藥液敷陰囊,並用輕赫尼亞帶或絨線綹以蓋腹股溝管口,與先天赫尼亞同. 小兒多兼患包莖,自須

截除其包皮. 此水囊若久未瘉,須施先天性赫尼亞手術處理之,否則易變成此赫尼亞.

(寅) 嬰兒性水囊腫 Infantile Hydrocele. 僅有鞘狀突之上端閉合而他處仍通,狀與先天性鞘膜水囊腫同,然其液循精索向上,甚或達至腹股溝管. 治法與後天性者同.(見下).

(卯) 雙房性水囊腫 乃鞘狀突之上段成囊,居腹腔內,且有一頸通入擴張之睾丸鞘膜致成水囊腫. 鞘狀突之上段(即居腹膜與腹股溝腹環間之一段)未閉合而積水,則水由膀胱前及側墜入盆內.(婦女之鞘狀突 canal of Nuck 亦或有此患).

(辰) 後天性水囊腫 較他種多見.

原因 常緣睾丸慢性炎而起,然亦有中年人無顯著之原因而患此者,睾丸患第三期梅毒而長大者每如此,患結核或惡性瘤者少有之. 熱帶之人患之較多,大抵因陰囊與睾丸鬆弛下垂之故,故在印度人常用布兜起陰囊. 其鞘膜增厚而充血,遮蓋睾丸之層間有小凹及痕,或有纖維織構成之厚片,其片或有脂肪性變而顯黃色,或有石灰性變,或有成軟骨或眞骨者.

病徵 鞘膜水囊腫內有圓或橢圓之梨狀團,精索受累之長短人各不同,其軟硬因水之多少及囊壁之厚薄而異,常有彈力性,波動最顯. 囊之上可捫得精索. 睾丸常居囊後,然凸入囊腔內,故或難捫出,惟欲定其位可壓之則有睾丸之特覺. 若以燈附近陰囊則知其半透明,且見睾丸之所在,惟病過久者致囊壁極厚則不透明. 有時囊內曾發炎,致睾丸與囊前壁粘着則囊形不齊,或其腔內有隔帶致分數房.

曾有受傷致囊於皮下破裂則該處腫大者,間或陰囊及陰莖亦水腫而皮現挫傷,至後腫狀消退,病或自瘉.

扣囊有實響,咳時無觸跳,至囊極大則墜痛,有時陰莖套入腫大之陰囊內. 陰囊之皮下生濕疹,因常被尿浸潤所致. 囊

水色黃或淡黃,比重 1015—1025, 多含蛋白,蛋白內血纖維素甚富,病久者或另含膽脂素 cholesterin.

治法　有姑息斷根二法:

姑息療法　乃施套針抽液術,而後用托陰囊帶. 若睾丸發炎可敷以涼性洗劑,慢性炎者或以貼膏壓法治之. 刺套針術,先定準睾丸之地位,遂以左手握定囊腫洗淨前面之皮令皮張緊. 若睾丸居後,可於囊之前下尋無血管之處,以無毒之細套針由下向上刺入,使針經過睾丸之前而不傷及之,(若睾丸居他位則刺針處須因之而異). 抽液畢則去針之套,用棉花火棉膠封其口. 後或復發,可重行此術. 套針宜極潔淨,否則難免水囊發炎或化膿. 若血管或睾丸被刺則或成血囊.

斷根療法　分二種,卽注射藥液於囊腫腔內及截除水囊之裏層是也.

第四百七十三圖

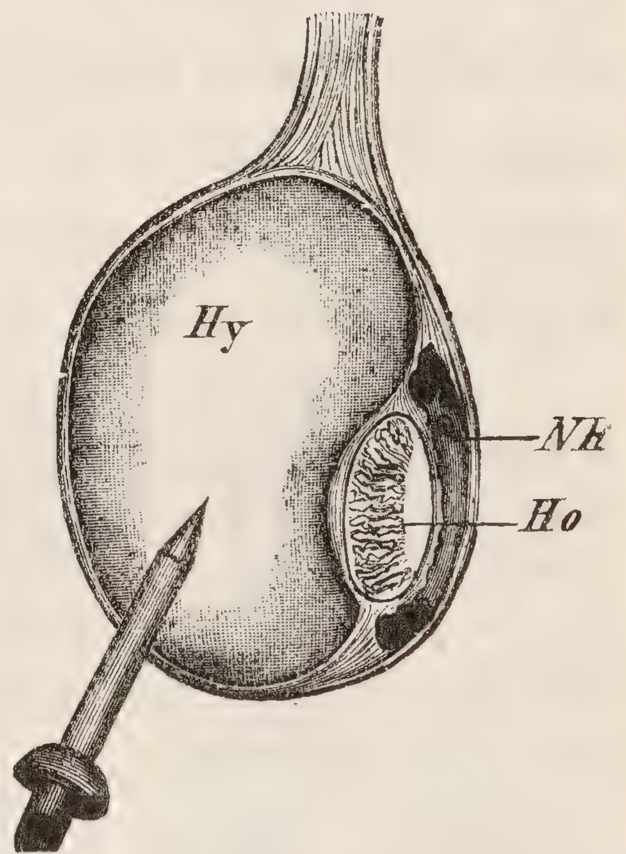


Fig. 473.—METHOD OF TAPPING A HYDROCELE
HO. TESTIS; NH. EPIDIDYMIS; HYDROCELE
睾丸鞘膜積液之抽液刺術
Ho 睾丸　NH 副睾
Hy 睾丸水囊腫

(甲) 注射水囊之腔. 此法曩昔多用,近今較少. 先愼放囊內之液,而後注射藥液. 所用之藥液有數等,如濃碘酒(含碘百分之十),昇汞水溶液(五百分之一),或石炭酸甘油溶液. 用濃碘酒其劑量須按水囊內液之多寡而異,中等者可注射二錢,使於腔內盪動,而後放出一錢,如此則甚有發炎之反應,厥後腔內或多生粘着,卒則無腔而癒. 其不效者,多因藥液過稀釋,或患囊較久致壁增厚而硬,或多次抽液等故.

(乙) 截除水囊裏層　近今多用之,病久而囊大者此法甚佳. 須

在陰囊上份割一口,將本鞘膜淺面之組織分離以敞開其腔,將該膜之壁層用剪子剪除至睪丸周圍爲止,出血之血管非鮮,須縛之,插一引流管,縫合割口,則結果大抵滿意. 若囊不甚大,鞘膜不硬,可在前面切開,將膜翻轉至副睪後而縫合之.

嬰兒患此水囊腫者不少,或爲先天性或否. 有時囊通腹內之孔甚小,則水難逼入腹,然平臥尙漸流入之,須先斷定有無通腹之孔始可治療. 若有孔可施赫尼亞治法,即用赫尼亞帶或手術. 無孔者或能自痊,然於陰囊外常塗氯化錏 ammon. chlor. 之溶液,(十釐加水與酒各半兩),倘無效,可用針刺術任水滲入陰囊組織,仍無效可施切開術將囊壁之一份截除.

(乙) 睪丸包繞性水囊腫 Encysted Hydrocele. 分二等,一屬乎副睪,一屬乎睪丸體.

(子) 副睪包繞性水囊腫 Encysted hydrocele of the epididymis. 居睪丸體上面,鄰近副睪頭,狀似球而畧硬,有彈力性,半透明,常不大過睪丸體,此側畧似雙睪丸,然無睪丸之特覺. 有時長至極大,甚至套於睪丸之周圍,由其下面凸出,然二者仍有區別. 囊腫之水常現乳光狀,因內含精液,以顯微鏡檢察則見或活或死之精子,故又名精液囊腫,比重較他囊腫畧低,且蛋白較少.

此種囊腫之原因尙未確定,囊壁內襯以立方或柱狀上皮,(鞘膜水囊腫與精索包繞性水囊腫襯有內皮),其囊約因睪丸輸出管擴張所成,或由鄰近副睪頭之賸件,如科貝氏管 Kobelt tube 擴張而起,此管與輸出管均由午非氏體 Wolffian body 之小管而生,但科貝氏管不貼睪丸體,而輸出管則貼之,由此觀之此囊腫與婦人之卵巢冠生囊腫之理同. 有時睪丸附件 Hydatid of Morgagni 擴張而成含清液之有蒂小囊,此附件由苗勒氏管 Mullerian duct 之賸件而生.

治法 與鞘膜水囊腫同(見上抽液或注射藥液或截除等法).

(丑) 睪丸體包繞性水囊腫 Encysted hydrocele of body of testis. 此囊腫罕見,甚小,居鞘膜臟層下,大抵因淋巴間隙過長,不得謂之爲病.

(二) **精索水囊腫** Hydrocele of the Cord. 有時與先天性並嬰兒性之鞘膜水囊腫同見. 若限於精索,則分包繞性及瀰漫性二類:

(甲) 精索包繞性水囊腫 Encysted Hydrocele of Cord. 因腹膜鞘狀突未全閉合,而其開敞處則積液,致成襯以內皮之腔囊狀似球而有彈力性,居腹股溝管內,可上下推動,上緣最顯有時以燈光照射可見半透明狀,若牽下睾丸則囊不能動. 囊內之液與鞘膜水囊腫同. 婦女鞘狀突或亦患此,名圓靭帶水囊腫. 治法.刺針抽液,若欲斷根可注射藥液或截除之.

(乙) 精索瀰漫性水囊腫 Diffuse Hydrocele of the Cord. 此病罕見,精索之蜂窩織有瀰漫性水腫,腫團如臘腸狀,循精索而列.其長短各人不同.

乳糜水囊腫 Chylous Hydrocele. 卽鞘膜腔內積乳糜液,以顯微鏡察之,則見含脂肪乳狀液. 其生此之理尚未確定.曾見一人其淋巴管自睾丸至腹股溝管之一段曲張,且屯積乳糜.

第四百七十五圖

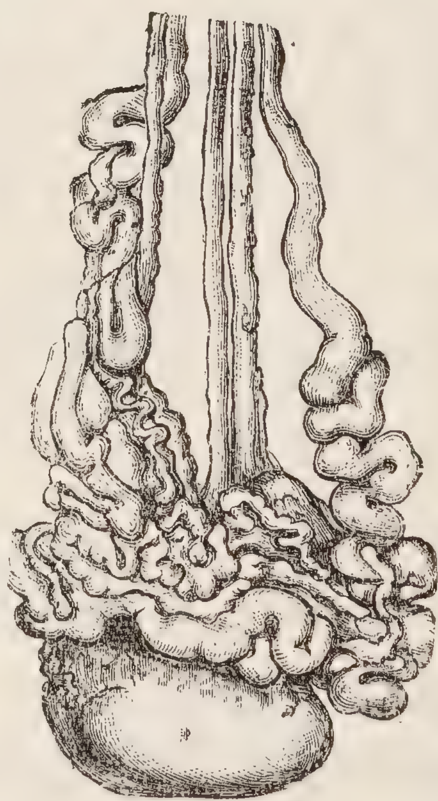


Fig. 475.—VARICOCELE

精索靜脈曲張

精索靜脈曲張 VARICOCELE

此係蔓狀叢 pampiniform plexus 曲張,多見於青年人,老年人非因變慢性病或腎患惡性瘤者則少有之. 陰囊常鬆弛而下垂,多見於行手淫者,因致睾丸充血也. 然小兒亦患之,故疑或有先天性之素因.有因用赫尼亞帶致該靜脈受壓而致者. 幾均在左側,其故大抵有三: (甲) 因左睾丸較右者爲低,是以精索靜脈較長,血壓則大. (乙) 因左精索靜脈通入左腎靜脈成爲正

角,且通處無瓣,右側者入於下腔靜脈成爲斜角,且有瓣. (丙)因乙狀結腸位於腹左,若大便秘結而積糞,則易壓左精索靜脈之腹段.

症狀 陰囊內有軟而不齊之腫團,上窄而下闊,且蓋覆睾丸上面. 此腫團爲曲張之靜脈所成,由皮外或能辨認,捫之畧似盛蚓之袋,咳嗽則有觸跳. 平臥則腫團幾盡減退,因靜脈之血易於歸回,若此時壓腹股溝皮下環而令病者站立,則腫團復見,即由下漸漲. 病處大抵覺重且痛,有時睾丸現劇烈之神經性痛. 遺精之患常由此故而致,有因之而致睾丸萎縮者. 有時靜脈因受傷而發炎,後或自痊. 有時曲張之靜脈破而出血,致精索有瀰漫性血囊. 然亦有未用治法而自痊者.

診斷 不難,須與網膜 omentum 赫尼亞鑑別(見九百三十二面).

治法 病輕者須用適合之懸帶或囊以兜睾丸及陰囊,每日早晚二次用冷水洗陰囊,且宜設法使每日大便通暢.

斷根療法 若有神經性痛或恐睾丸萎縮,或病與事業有礙(西國凡患此病者不准充任公役),則可截除該靜脈. 截除術如下,先須薙恥骨處之毛且消毒,刀口循精索至吋半長,其中點居腹股溝皮下環略下,將精索分開其遮蓋組織以露精索靜脈入皮下環之段. 此處常有二大枝,間或只有一枝,須與精索之他組織分清. 適對皮下環縛之,縛處之下以血管鉗夾妥,割斷夾與縛中間之段,遂用該鉗將靜脈下段由上向下扯開,使蔓狀叢與精索之他件分離. 若將睾丸牽至割口,可解離靜脈幾至副睾,須將曲張靜脈團下端併合縛結,或分二束縛妥,遂即割斷,完全除去其團. 若陰囊下垂,且睾丸亦然,則可另以線穿靜脈兩端而縛合之以懸起睾丸,遂可縫刀口,無須用引流管,按常法用敷料敷之. 病者宜平臥二星期,待靜脈二端之血團長成組織,且有堅結之瘢痕乃妥. 此法較在陰囊割口者優良,因腹

股溝割口癒合較易,且靜脈因在上處併成一二幹而由上向下剝開亦較易也. 手術後血之回路乃藉輸精管動脈之並行靜脈,此靜脈居精索之後部. 有時因曲張靜脈截除過度,則精索靜脈充血,後致鞘膜水腫. 陰囊皮雖過多,大概不必截除一塊,須待割口癒合甚妥,可每日用刷刷陰囊,以激勵肉膜 dartos (陰囊縮膜) 使之收縮.

睾丸神經痛 Neuralgia of the Testis. 特狀乃睾丸有劇痛及觸痛,然組織無顯然之病. 多見於神經不穩之青年,或患痛風 gout 之壯年人. 兼有靜脈曲張者非罕見. 其痛多屬陣發性甚難療治. 治法調理全身,服補神經劑,如鐵,奎寧等. 亦可敷以安撫劑如貝拉朵那(顛茄),烏頭根,用懸帶亦妙.

睾丸萎縮 Atrophy. 其故不一: (一) 因先天性發育不全,如見於睾丸異位或遲降者. (二) 因睾丸或副睾發炎 (此原因較多), 後則瘢痕織收縮致壓閉血管,或因腮腺熱病所累及 (多見於丁年), 或因梅毒病. (三) 因欠滋養,如爲靜脈曲張或赫尼亞施手術將精索動脈割斷,或因施赫尼亞斷根療法將腹股溝管縫閉甚緊至壓住精索. 然僅精索血管割斷若輸精管動脈及其並行靜脈與神經仍未受害,大抵不足使睾丸萎縮. (四) 因睾丸慢性充血,如靜脈曲張所致者. (五) 有人謂或因房事過度.

若祗一睾丸萎縮無甚緊要,若二者皆萎縮則失生殖能,若係青年而無他病者則或易生憂悶.

陰囊腫瘤之普通診斷法

GENERAL DIAGNOSIS OF SCROTAL TUMORS

陰囊生一圍者,宜斷定爲赫尼亞,水囊腫,血腫,靜脈曲張,或睾丸增大而實,及其大而實之性質. 先須注意精索適在腹股溝皮下環下之情况,若粗細硬軟皆未改變,可定其非爲赫尼亞

及精索瀰漫性水囊腫. 若腹股溝管內有一堅硬而活動之球狀團,一固定睪丸則不能動,可知其約爲精索之包繞性水囊腫. 精索變粗且難定其界限者恐爲赫尼亞,(狀略圓,或能還納腹內,咳嗽有觸跳),或爲精索瀰漫性水囊腫或血腫,(形似臘腸,不能還納腹內,且略有波動).

其團完全居陰囊內者,若靜脈曲張,以望捫二診法則可認明,即臥則團隱,起則由下而漲也. 若爲圓團,須察其係固體或液體,果係液體,大概爲水囊腫或初起之血腫,前者半透明,後者猝起而不透明,故能鑑別. 須知水囊腫或因他病所致,故未放液則難斷定睪丸有無病徵. 若陰囊內之團係固體,則爲血腫之末程,或係睪丸本體腫大,(如爲炎性,或梅毒性或結核性,或腫瘤性). 血腫多有特殊歷史,其中央爲液體,周圍爲略硬之質. 睪丸患慢性炎或梅毒而長大者,二者之狀頗相似,若無梅毒歷史則難鑑別. 若睪丸甚硬,並失特覺,而其面平齊,且病限於睪丸體,或兼有水囊腫,大抵屬梅毒性. 患結核病者,年歲較小,常多累及副丸使之生疣,早波及精索,鞘膜罕有水腫,多致化膿,然睪丸體未完全毀滅,仍有特覺. 腫瘤以手托之而覺重,與結核及梅毒者不同,良性瘤形狀略圓,遲長而不累精索,惡性瘤速長,疼痛較劇,早累及精索並腰部之淋巴腺. 二側睪丸受累,多因結核或梅毒病,少因惡性瘤,然有若干病案,於未刺針或切開之際,則難診斷腫團屬何病性.

除檢查局部之情況外,另須詳查病者之歷史,年齡,及其平素之習慣,從前曾患何病,且其乏色曼氏之反應. 亦須診視內臟有無病症,如肺或腎患結核病,或某處生繼發性惡性瘤是也.

睪丸截除術 CASTRATION

應施此術之指徵有數種已詳於上,如異位,結核病,慢性血腫,腫瘤等. 其術先將恥骨部與會陰處薙淨而消毒,外科士立

於病者之患側,若睾丸增大而貼陰囊組織則刀口必延及陰囊,若睾丸能推向上則刀口無須達至陰囊,宜對精索而不傷及陰囊皮,割口上端每須上延至腹股溝皮下環以便割斷精索之高段. 若為結核或惡性瘤,則腹股溝管亦須切開至腹環. 遂將睾丸或瘤由其所包之組織挖出,將精索自鄰物分離,以絲線穿其最上段縛妥而斷之. 有將精索各件一一分開而縛之者,然其益不大. 精索之存留段宜完全止血始可還納管內,陰囊之出血處或甚多須妥善縛之. 將刀口如常縫合,陰囊須置一引流管,管之外端透至割口上端,以遠離會陰.

截除二睾丸術以新月形之刀口為佳,其二角即對左右二腹股溝皮下環,中段帶陰囊前之若干皮,此皮無用,須截除之以使陰囊縮小.

精囊之患 AFFECTIONS OF THE VESICULAE SEMINALES

急性精囊炎 非甚罕見,然有因淋病而偕前列腺炎同見者,症狀會陰處深部疼痛,膀胱頸過敏而小便頻數,大便疼痛,可由直腸捫之則知精囊大而痛. 若化膿則成膿腫,其膿多穿入直腸,然有時破至膀胱或腹腔. 其未化膿者多與淋病同時而癒. 對於化膿者,最妙之法乃在會陰處割一深口放膿,割時宜用一指插入直腸作刀之引導.

亞急性及慢性精囊炎 此病非罕見,慢性者多偕前列腺炎而見,為後淋最常之原因,遺精及陰莖異常勃起有時因之而起. 精囊腫大則由直腸可捫悉,病者頗覺痛,或在精囊或在背. 治法與慢性前列腺炎同.

精囊結核病 多因睾丸結核病由輸精管累及之,常偕前列腺並膀胱底結核病同見,由直腸可捫得長大之精囊. 若成膿腫,恐膿穿至直腸或膀胱,或穿通二者成直腸膀胱瘻. 治法若由會陰處橫割一前凸之弓形口,可推直腸向後,擁膀胱及前列腺向前,始能達到精囊露明後或能完全截除,或可割一口將乾酪樣質挖出.

陰囊之患 AFFECTIONS OF THE SCROTUM

陰囊損傷 有時陰囊受挫傷或被打則致內出血而成瘀斑,出血多者則成陰囊血腫. 有時陰囊皮及皮下組織受割傷,或傷達至鞘膜內而

致睾丸突露,須使潔淨,按常法療治. 若陰囊組織被滅較多,可由腹股溝處切皮片移植之,或用替耳什氏 Thiersch 植皮術亦可.

陰囊蜂窩織炎 Cellulitis of Scrotum. 多因被尿浸潤(見一千零七十九面),然有他故(如染菌),則全身受損害致力衰弱. 陰囊組織多腐脫,甚至睾丸或露出且或腐脫. 然至後大概睾丸新組織生長甚速.

陰囊水腫 Edema of Scrotum. 多因全身水腫或水腹而致,有腫至甚大者. 陰囊丹毒病 erysipelas, 又名急性炎性水腫,因無丹毒常見之紅色. 腫勢頗大,外皮或成壞疽. 壞疽已顯限局性之趨勢則須截除,縫合割口之邊緣,或任其長肉芽而瘉.

陰囊瘻 Scrotal Fistulae. 多因附近尿道之膿腫,而膿向內穿入尿道且向外穿破所致.(見會陰膿腫).

陰囊瘻管 Sinuses of Scrotum. 多因睾丸之結核或梅毒所致.

陰囊濕疹 Eczema of Scrotum. 常爲煩難之病,瘙癢劇烈. 有因蝨或因衣服不潔而致者,常至激惹陰囊皺襞之皮. 掃除煙突及製黑煤油並石蠟等工人患之較多. 皮面長瘢,亦有變爲上皮瘤者,狀與他瘤同. 有時深部之細胞含有煙點,腹股溝淋巴腺受累較遲,病進行甚慢. 治法.若祗有濕疹以潔淨爲要,可敷收斂性稀釋洗劑或安撫散劑. 已成瘤者,須將患處與淋巴腺完全截除.

陰囊象皮病 Elephantiasis Scroti. (詳於第二百九十四面).

第四十三章

婦女生殖器之外科

SURGERY OF THE FEMALE GENITAL ORGANS

此類病有歸專門婦科者,如陰道之病患,茲不備述. 本章專論女陰之數病,且需開腹以施手術者,因此類病症或延外科醫士診治.

女陰之病患 AFFECTIONS OF THE VULVA

外生殖器受損傷 Injuries to the External Genitalia. 有因受直接暴力者,亦有因生產時逼胎外出之力過大所致者. 若非孕婦則此等損傷之結局及治法與他處無異,茲不必論. 然有時因被擊或落於銳尖之物上如豎立之木杆等,則直腸與陰道間之中隔被扯傷,其傷處常現挫傷狀,邊多不齊,故當時縫之大抵無效. 惟須時常灌洗使傷處潔淨,冀生肉芽以漸補其缺. 若不然厥後遺有瘻,須用修補術. 若能使原傷處之口潔淨,則自宜當時施手術縫合之.

若爲孕婦或女陰之靜脈已曲張,則受傷後或出血過甚. 若外皮未破則見大血腫. 陰脣甚腫而硬化,因血凝結之故而後化膿者不少,皮擦破者尤然. 治法若爲明傷,只按外科普通法治之. 若其血腫有礙於分娩,或須切開將凝血除去,非分娩者可用涼性洗劑. 若血腫仍不消散或內化膿,即宜施手術切開.

女陰靜脈曲張 Varix of Vulva. 兼患下肢靜脈曲張者不少. 亦有因髂外靜脈塞閉致血由側枝回轉而患之者. 有

時有一二脹大之靜脈由陰阜橫過,或見陰脣內有過長之靜脈叢. 至孕時其叢常生長更甚,最爲可懼,因靜脈畧受傷則易破也. 治法若患久靜脈曲張使病者不安,或致皮癢等,則可截除之.

女陰炎 Vulvitis. 卽陰道前庭之粘膜發炎,或因不潔淨,或因患淋病,或有由上來之刺戟性排液等所致. 粘膜充血,有燒痛,或作癢,行走時更甚,生粘液或粘液膿致陰脣相粘. 有時粘液腺受累成限局性膿腫,其膿腫或正在粘膜下,或在陰脣體內. 治法須用溫而畧有斂性或抗毒性洗劑(如醋酸鉛稀釋溶液)洗之. 坐於熱水盆內頗有效. 此外尙須安息,且服瀉鹽類瀉藥. 粘液腺成膿腫者,宜將粘膜切開塞少許紗布於其腔內. 陰脣之膿腫當於其將現頭之處割一巨口,塞以紗布使腔底漸長肉芽而癒.

陰道炎 Vaginitis. 有繼女陰炎而起者,有兼患子宮炎者. 原發性者多因受傷所致,如灌洗之水過熱或有外物,或用不合宜之子宮托環,或交媾不順而用力過猛等. 患淋病者,則陰道炎不至甚劇. 症狀乃覺熱而且痛,小便頻亦痛,多流粘液膿,有時炎波及子宮及輸卵管致有併發患. 治法急性者須用溫而良性之洗劑灌洗,且坐於熱水盆內. 慢性者則用斂性洗劑爲妙.

陰脣囊腫 Cysts of the Labia. 有因某粘液腺管或前庭大腺之管塞閉所致者,或生長最大,若令人不安可完全截除之. (女陰之他腫瘤如癌或象皮病等,無特別之症狀,可按外科普通法治之).

圓韌帶之病患 Affections of the Round Ligament. 非罕見. 若女腹膜鞘狀突(在腹股溝管)未閉,則或有先天性腹股溝赫尼亞 congenital inguinal hernia, 多見於少年婦女. 施手術治時須

以線將赫尼亞囊頸與圓靭帶併縛之. 圓靭帶水囊腫,其故亦因女腹膜鞘狀突未完全閉合而屯積漿液,則正在腹股溝管或在其皮下環下有球形之硬團,須以解剖法截除之. 有時見雙房性囊腫,外房居腹股溝管處,內房居盆內. 二房彼此相通,房裏面襯以漿液膜,有時內含多量之液. 圓靭帶腫瘤罕見,間有生淋巴管瘤或纖維肌瘤者. 曾有子宮生纖維肌瘤致必須割除子宮者,圓靭帶亦生此瘤,其大如橘.

子宮移位 Uterine Displacements. 子宮正常之位置乃爲畧向前傾之方向,緣有數故彼此相助而然. 位置與方向異常者亦有多故,或因無物托之如會陰破裂,或因其上有物擠壓,或其本體過重如產後尙未復原,或因慢性炎,或生瘤,或盆蜂窩織發炎生粘連物致牽累子宮等. 移位最多見者,乃前轉(前傾)或前屈,及後轉(後傾)或後屈,亦有下墜名子宮脫垂者. 其各種情狀與平常治法茲姑不述,只舉手術療治. 前移位者無特別之手術. 後移位者切開腹前壁治之者不少,其要術有二:

(甲)圓靭帶減短術 Shortening of round ligaments 此又分二類,卽腹膜外術與腹膜內術是也. (一)腹膜外術,又名阿雷克散德氏術 Alexander's operation, 若無併發病此法可用,須露出左右二腹股溝管而切開之,尋二圓靭帶與鄰物分開,扯緊而剪去鬆段,以線將其帶之底縫於腹股溝管內,且縫閉該管,遂按常法縫合割口. (二)腹膜內術,用此法時亦可檢察盆內器官,須在腹正中線處割一小口,將左右二圓靭帶與他物分清,各須摺疊縫合,使之短緊而無鬆弛之弊. 又有更佳之法,卽開腹在距子宮一吋半處用針線穿左右二圓靭帶,遂將腹直肌之前鞘在距正中線一吋且恥骨聯合上一吋半處割一小口,用 Wells 氏彎動脈鑷由口插入,使之繞過腹直肌外側至腹股溝管之腹環,後在圓靭帶之腹膜下達至所穿之線,且於此處之腹膜割一小口使鑷

子透出夾住其線,始能將圓靭帶鬆弛部牽出使居腹直肌鞘內,遂縫定於此處,如此處理二圓靭帶則子宮固定於正常之位置.

(乙)子宮腹壁固定術 Hysteropexy (ventro-fixation). 即將子宮固定於腹前壁. 若係未至經絕期者此法須少用,以免於分娩有碍. 於恥骨聯合上割四吋長之豎口,用雙爪鉗將子宮底向前拉,遂取二條蠶縫線左右各一,各線須穿腹壁(皮不在內)腹膜及子宮前壁,其穿子宮處須長四分之三吋,深八分之一吋. 線既扯緊,則子宮定於腹前壁,未幾卽相粘着. 有時須畧刮子宮面而後縛線則粘着更易,迨後粘着組織雖被扯而伸長致子宮稍活動,然不致再移位.

子宮脫垂 Prolapse of the Uterus. 每兼陰道壁脫垂.多見於會陰破裂及慢性子宮炎之人. 先卽陰道前壁脫垂而累及膀胱,故小便困難而膀胱過敏. 其次卽子宮下垂,甚至或由女

第四百七十七圖

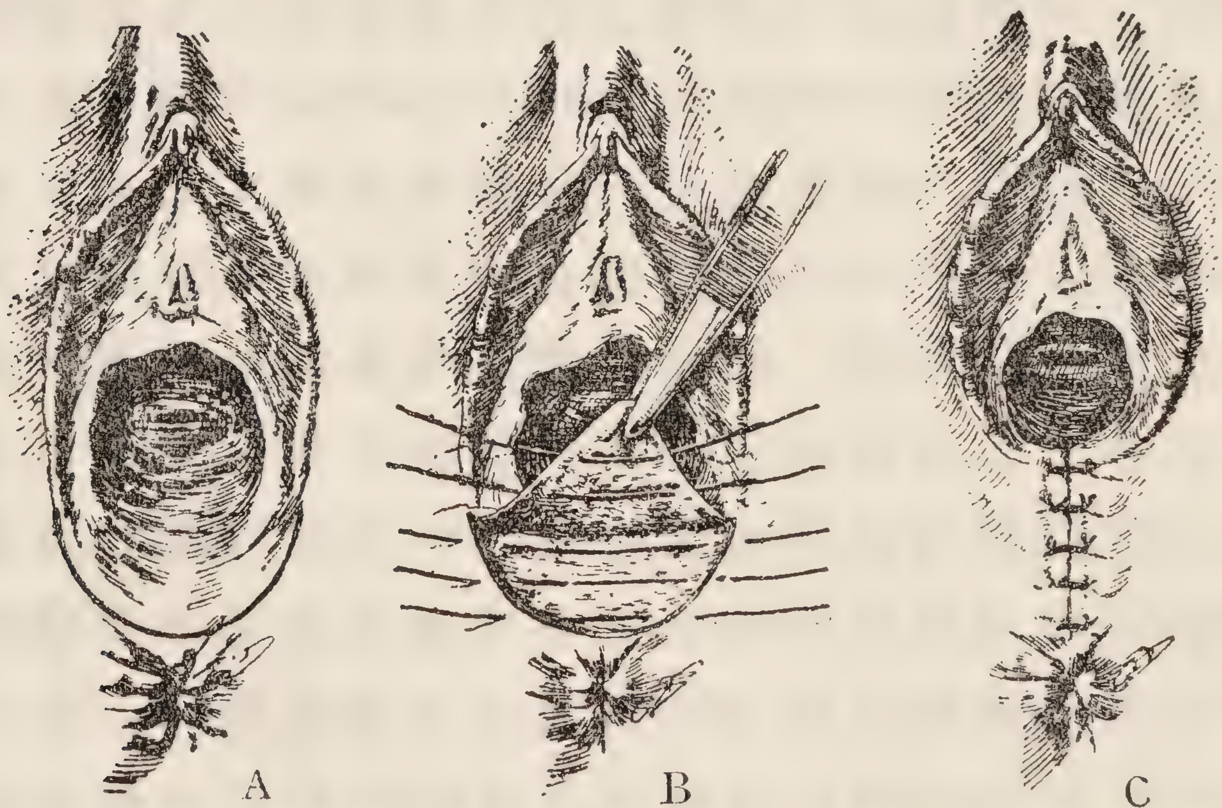


Fig. 477.—A INCISION FOR REPAIRING RUPTURED PERINEUM
B VAGINAL FLAP DISSECTED UP AND DRAWN FORWARDS
C OPERATION FOR REPAIRING A RUPTURED PERINEUM COMPLETED

A 圖修補會陰破裂之割口　　B 圖陰道瓣已切開且被拉向前有線縫之
C 手術後之縫合式

陰凸出則陰道外翻,使其壁變乾如皮,或因常被戟刺致成潰瘍.

治法按其症狀及原因而異. 子宮大且發炎者,或須以利匙刮其內面使之變小而輕. 若會陰處有缺則當修補,有時可用子宮托環防其脫垂,以俟盆下口之組織恢復原力而能托子宮如故. 若無效可行子宮腹壁固定術,及陰道前縫術並後縫術.

然禁用陰道截除子宮術,因用此術異日常致陰道壁脫垂之弊.

會陰破裂修補術 Repairing Ruptured Perineum. 其法不一,依破裂之大小深淺有別. 此患多因分娩最難所致,產後須立即修補之,因此時會陰處已張甚,而知覺殊不靈敏,故易爲之,不然病者大概不願過數日再受手術. 若破裂未至肛門,須按第四百七十七圖之法修補之,即循女陰之後緣割一刀口,向左右至小陰唇後端爲止,將口割深則可分開陰道後壁與直腸,宜謹愼勿割通二者之壁,將粘膜片移向前,遂以線橫縫割口使成有力之會陰體. 若破裂累及肛門,須施較大之陰道內手術治之,見婦科專門書.

子宮之腫瘤 UTERINE TUMORS

子宮纖維肌瘤 Fibro-myomata. 非罕見,多長於生殖器行功之時間. 症狀或因其位置而顯,或因體積所致. 任子宮何處均能發生,但多見於子宮後壁. 若在其壁夾層之間,則名壁間纖維肌瘤(見四百七十八圖 1). 若瘤近壁之內面,則多凸於子宮內,名粘膜下瘤(見四百七十八圖 2). 有近子宮外面而起者,則凸至腹膜腔,名漿膜下瘤(見四百七十八圖 3).有凸出特甚而有蒂者,若在子宮內即成纖維性息肉,或能由子宮口露出,有時被絞窄或被扭轉致成死肉而脫落,或發急性炎.

其漿膜下有蒂之瘤亦然,或被扭轉或發炎或成死肉或粘連他

器官(如網膜),終或因蒂萎縮則由子宮分離.

纖維肌瘤之構造 多為纖維肌織,所含之纖維基質及血管多少不一,有少含血管致瘤體較硬者,有多含血管而較軟者,此等軟瘤生長最速. 瘤外有被膜,其構造疏密不一,有時多含大靜脈,靜脈破則出血頗多. 子宮大半充血而長大,而粘膜增厚,其發炎者非罕見,而炎累及輸卵管.

第四百七十八圖

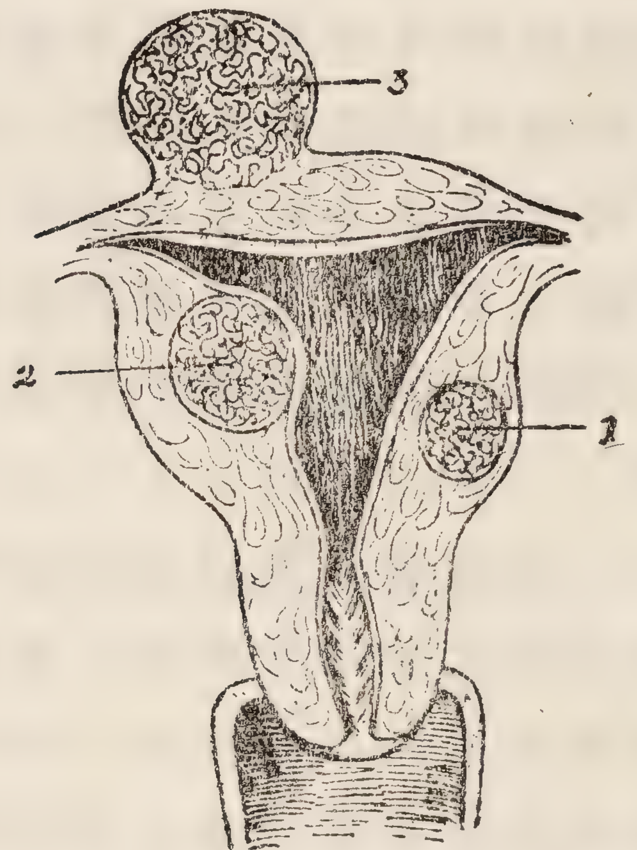


Fig. 478.—DIAGRAM OF UTERUS WITH FIBRO-MYOMATA
1, INTERSTITIAL FIBROID
2, SUBMUCOUS FIBROID
3, SUBSEROUS FIBROID

子宮纖維肌瘤
1, 壁間纖維瘤
2, 粘膜下纖維瘤
3, 漿膜下纖維瘤

子宮肌瘤繼發性變 有數等. 或有水腫變,或營養缺乏而變成囊,此多見於少年人,至成為子宮纖維囊性病. 有時在老年人瘤久已停長則有石灰性變,而瘤甚硬如石. 有時中年人之纖維瘤亦硬化,但不至如石. 有時以X光察盆則見圓形影,或卽此瘤所致. 有時粘膜被擦破,則瘤織或發炎而染膿菌,致或生膿腫. 亦有發炎後或因缺血之故,瘤織成死肉而脫落者. 此病人之子宮後或成惡性瘤,然其瘤是否繼纖維肌瘤而成仍無確據.

症狀 人各不同,多為出血及受壓迫. 出血者或係行經時期過長名月經過多 menorrhagia, 亦有常出血者,名血崩症 metrorrhagia. 漿膜下及壁間之瘤或不出血,但在粘膜下者常多出血,因該膜每充血而軟化. 有出血甚劇致人貧血而身之液體亦過少者. 至於疼痛,漿膜下瘤若未扭轉且未塞於盆內則

大抵不痛.若瘤上凸至腹內,然未甚壓他器官,只覺有重物而已.若瘤大半居於盆內(由子宮頸起,且長入闊靭帶者尤然),或嵌於盆內,則其狀甚苦最難忍受,即膀胱甚過敏,小便困難而痛,或直腸亦受壓致有裏急後重或大便秘結,或輸尿管受壓致腎盂積水,若盆內神經被壓則有劇烈之下肢神經痛.若子宮粘膜下有息肉狀纖維瘤,則易激刺子宮使之強縮以逼出之.

診斷 以捫法並手指與探子之查法爲要.若一手捫腹,一手查陰道(名雙手對診法)即可知子宮大小及形狀.若以一指插入直腸一指入陰道頗爲有用.子宮腔之長短,或偏轉與否,以探子探查即可知.

豫後 此須先審愼考量方可定施手術否.至經絕期其症狀常有變輕者,但經絕或較遲四至五年.亦有不循此例者,若病人近經絕期而無重狀,勿輕動手.若係青年且病重,致衰弱難於工作者,則須施手術.且無論老少凡出血過多或現盆內受壓之狀者,均宜施手術.

治法 除用手術外,只可於行經期休養,服麥角並鐵劑.手術有二種,一將瘤由子宮壁剜出,二將子宮截除且另將卵巢輸卵管一概截除.

(一)肌瘤截除術 即將肌瘤由子宮壁剜出.若瘤凸至子宮內或陰道內成息肉,則可由陰道割除之;若有必需可使子宮頸張開,切開粘膜以指剜出之.至於漿膜下瘤,亦可如此治之.因他病開腹而偶見者亦然.宜將腹膜割一縱口,以達至瘤之被膜,次以指插入,繞瘤體以剜出之.若此者每出血不多,後用二三線深縫子宮體,且將腹膜對準用淺縫術縫合之.

(二)開腹截除子宮術 治纖維肌瘤此術爲妙.有時子宮頸不必完全截除,名陰道上子宮截除術.有時須將子宮

體及頸完全截除,名全子宮截除術. 二法之初級相同,惟第二術需時較長而危險略大.

對於病人宜謹愼按法預備,與他開腹術同,並恥骨部與女陰須薙其毛而使潔淨,宜灌洗陰道數日,且於女陰墊以消毒之敷料,有時當另以利匙刮子宮並塗強性消毒藥. 至手術時先施麻醉劑,隨使病者作垂頭臥式,於腹正中線割一口,詳細檢查盆內器官,若無粘着,以紗布蓋護其腸免其露出或受傷. 瘤粘於網膜或腸等器官須如法分開,分開後須以腹膜蓋該器官之肉面,或以網膜之一塊蓋之亦可. 繼以朵晏氏 Doyen 之肌瘤螺旋夾器,或穩妥之雙爪鉗,將子宮持定由割口提起.

遂考查其闊靭帶,且酌奪能否救護卵巢及輸卵管. 在青年婦人,若無大妨碍,當爲之留一卵巢,免有非天然(即人工)之經絕,致顯神經病之狀. 除去卵巢或保存之,二術之闊靭帶割口見第四百七十九圖之虛線. 以長把針帶有妥妥之絲線穿輸卵管系膜以繞輸卵管,並持定卵巢動脈靜脈於距子宮略遠處緊縛之. 可用寬夾近子宮體夾住闊靭帶,免靜脈血返流而出. 遂剪斷闊靭帶之上半,於

第四百七十九圖

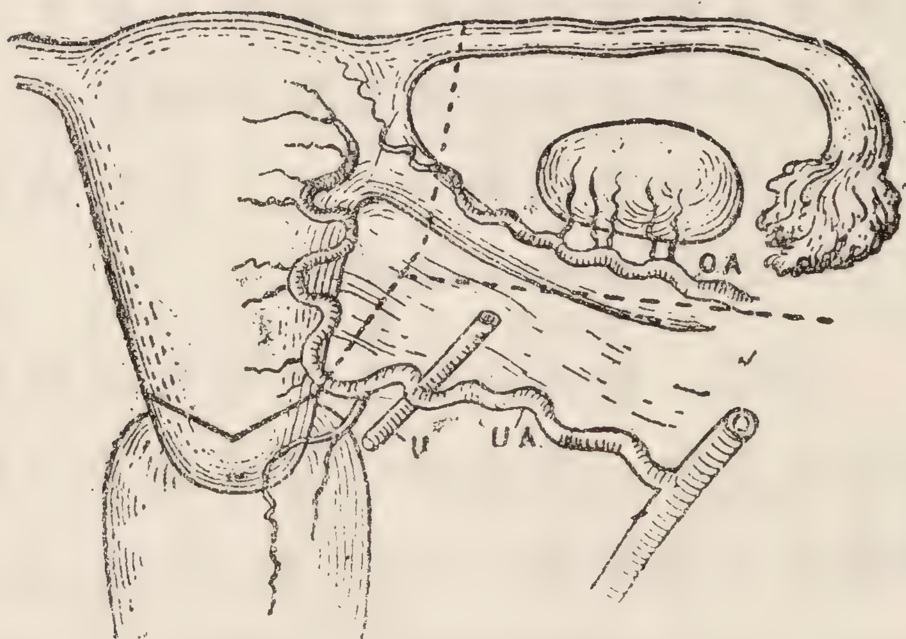


Fig. 479—DIAGRAM OF UTERUS VAGINA, AND BROAD LIGAMENT SEEN FROM IN FRONT

O. A, Ovarian artery, U. A., Uterine Artery; U. ureter. The dotted lines represent the division of the Broad Ligament in hysterectomy according to whether or not the ovary is removed. The continuous dark lines crossing the uterus indicate the incisions through the uterine substance in supravaginal hysterectomy

子宮陰道闊靭帶自前面觀

O.A., 卵巢動脈 U.A., 子宮動脈 U., 輸尿管
虛線表明子宮截除時宜在何處截斷闊靭帶(卵巢或留或否)實線表明陰道上截除子宮時宜在何處截斷子宮

其剪斷面有時可見卵巢動脈之割端,則當單獨縛之. 亦須縛伴圓韌帶之小動脈,隨仿此縛彼側之卵巢動脈. 在子宮前壁祗將漿膜割一橫口,使與二側闊韌帶之割口相連,橫口下之腹膜及膀胱須由子宮頸分離,庶挑開闊韌帶二層間隙,可尋得其內之子宮血管,若能將子宮動脈單獨縛之更佳. 此時宜緊貼子宮辦理以免傷及輸尿管,該管由後往前經子宮動脈之下至膀胱底,幾與子宮內口平齊. 如此其動脈靜脈皆可縛妥剪斷.

此時子宮只藉陰道與子宮頸間之組織及子宮與直腸間之腹膜連於盆底. 若施陰道上子宮截除術,則可割斷子宮頸使成前後兩瓣,後面之腹膜亦可割斷. 頸之切面若有小血管可縛之. 遂將頸之二瓣謹慎縫合以閉頸管,後將前後之腹膜縫合以蓋頸根. 又用此線縫合闊韌帶之二層,如此則盆底完全爲腹膜所蓋,且有橫排之縫口. 後依法將腹腔底拭淨,而縫腹壁之口,引流物可不必用.

若纖維瘤累及子宮頸,或頸有他病而不爽,則須行全子宮截除術,其法與上同,然在縛子宮動脈之後須於子宮後割開陰道頂,而將子宮頸由後至前與鄰物漸漸分離,辦理時宜緊貼子宮,以免傷及二側之輸尿管及前面之膀胱. 斯時必遇陰道動脈之數枝可縛之. 盆底之割口,應按常法縫合,然陰道壁不必全行縫嚴,須置埃朵芳紗一小條通至陰道,後縫合盆底之腹膜以蓋紗條,並縫合左右各闊韌帶,法與上同.

子宮肉瘤 Sarcoma of the Uterus. 此瘤罕見,有原發性者,有隨纖維肌瘤而繼發者. 多爲梭狀細胞肉瘤,體質堅硬,但硬度不及纖維瘤,且含血管較多. 亦有體質較軟者,間或瘤內發生粘液組織. 常累及子宮體而不累及其頸. 或先累及粘膜而爲瀰漫性,或於肌織內成限局性瘤,至後有繼發性瘤累及陰道等. 病之進行較單純之纖維肌瘤速甚,然症狀大抵相同.

惟陰道之排出物較多,且有惡臭,或含肉瘤之碎屑,須行全子宮截除術治之.

子宮癌 Carcinoma of the Uterus. 婦人患癌以此處爲多,因癌而死者,子宮癌居百分之三十. 患在三十歲以下者罕,而在四五十歲者多,多爲經產之婦. 大抵與子宮頸破裂及繼發之炎性潰瘍有關. 此癌常起於子宮頸而少起於其體.

子宮頸癌 初狀不一:(甲)子宮頸之腺過長成結狀.(乙)頸之陰道段生凸出之上皮癌,儼如惡性乳頭瘤.(丙)頸之上皮及其腺有瀰漫性受累,故其細胞多爲柱狀者. 任何種則陰道早受累,而子宮體被累較遲,闊靭帶受累亦早,因患處之靜脈與淋巴管排列其間,該帶受浸潤而硬化致子宮固定. 遲早必見直腸膀胱或盆血管或盆神經被壓之狀,終則癌織潰爛,甚或通入膀胱或直腸則糞尿等流至陰道,使變爲惡臭之竇.

子宮體癌 由粘膜及粘膜腺而起,屬柱狀細胞類,蔓延甚速,累及子宮全腔使變成潰爛脫腐之窩,而出多量之血性排出物. 任何種癌淋巴腺必受染,先爲盆腺,次爲髂腺,或腹股溝腺亦然. 輸尿管或受壓致腎盂積水,髂血管亦或受壓致下肢水腫. 亦有靜脈內結血栓者,其栓子脫落漂流至肺(成栓塞)人遂絕命. 然繼發性癌累及全體器官者罕見.

症狀 最要者乃疼痛,出血,溢臭液. 惜其痛非早現之狀,故病者未求診前或病根已深. 至累及子宮體或子宮外蜂窩織而始覺痛,其痛爲疲性,或似齩及錐刺等,迄病之末期痛或甚劇,至需以嗎啡大劑量注射皮下. 大抵癌面潰爛愈少則痛愈甚,背及乳房下肢等處雖無病亦覺有反射之痛. 出血先或爲正常月經加多,然後爲連續性,且雜有最臭之粘液性膿與癌之碎屑. 總之若經絕後而排出血性液者,須詳查其盆內器官. 身體漸顯瘦弱,並現癌性惡病質,且另有膀胱及腸受累之徵.

診察陰道則有癌之特狀,恐只見子宮頸增厚生疣,或有潰爛開花之圍,與乳頭狀瘤相似,凸至陰道內且累其壁. 或可插一指入子宮口捫其腔之內面,知其爲潰爛不平之癌質所成. 宜細査其癌已向旁側蔓延至闊韌帶內否,子宮能動否,陰道壁受累否,以定能否施手術截除. 若闊韌帶或陰道壁大部分受累,或子宮已緊貼直腸或膀胱,則不能截除之. 有初起子宮頸畧潰爛者,致難知係癌否,須剪除一小塊組織,以顯微鏡査之.

斷根療法 Radical Treatment. 只可用於病未瀰漫過闊者. 昔人每見癌僅累及子宮頸則僅將其頸割斷,近今洞悉其病理則知此術不足,按診臨上之經驗非用全子宮截除術不可.

子宮截除術 Hysterectomy. 此術有二:(一)由陰道除之. (二)由腹內除之. 陰道截除術或少有危險,但祇能於病輕而在早期且闊韌帶未受累者用之. 此術之細則詳於專門婦科書. 腹內截除術較合理,病累及子宮體者非用之不可. 若子宮頸受累須用肥聽氏全子宮截除術 Wertheim's pan-hysterectomy,卽截除全子宮,陰道上段,左右闊韌帶,循髂血管之蜂窩織,及淋巴腺等. 最要者必先用錻 radium. 療法三星期. 病者須作垂頭仰臥式,在臍下循正中線割一口,以紗布將腸推上使與盆相離,細査盆部,隨於盆後壁兩側闊韌帶底之後割一刀口,露明左右二輸尿管,各宜向前與鄰物詳細分開至膀胱,如此則該管之血循環不致損傷,雖無他組織圍繞亦不致壞死而脫. 此時子宮動脈之根亦必露出,可取線雙縛而於二線間剪斷之. 闊韌帶須近盆旁壁剪斷,然當先縛妥所入之血管,次割開子宮前之腹膜,且將膀胱向前分清至陰道之前穹窿. 在子宮後亦須如此解剖使其與直腸劃分,則子宮只連陰道而已. 宜以二正角形之夾持陰道,而於二夾間割斷之,遂將陰道壁之血管縛妥,而將陰道上部之大半縫閉,留一小孔以作盆蜂窩組之排液

路,後將盆內腹膜仔細縫合. 若病者此時仍強健可循髂血管向上切開腹膜,且將蜂窩織及增大之淋巴腺由下至主動脈分义處截除之,末後自須將腹壁按常法縫合. 此術之死率畧大,但近今外科技藝日精死率亦漸少. 須知此術最要之危險約有三,一腹膜受染,一癌細胞傳佈他處,一輸尿管受傷.

姑息療法 Palliative treatment. 不能施手術者宜止出血,設法以減其毒,服嗎啡以止痛,有時可以利匙刮除癌面之凸塊,以免敗液難於排出. 用銑治理此種病亦或有大效. 究之此病多由子宮口破裂潰爛所致,故醫士遇此患須及早施治免日後成癌.

絨毛膜上皮癌(又名蜕膜癌) Chorio-epithelioma. 即該膜之絨毛長大成瘤,質軟而易出血,侵子宮壁使之變薄,癌細胞入靜脈腔,早散布全身,而先多累及肺. 癌體軟而多含液體,畧似乳頭狀瘤,累及子宮體且其底者非少,組織及形狀類似泡形胎塊,故可以之為惡性泡形胎塊. 其特別組織,即有大合體細胞由絨毛膜之絨毛外層生長成為原漿團,內含多黑核,此外另有甚多小細胞,形狀不齊,富含動物澱粉,其增生法乃依絲狀分裂之例. 團內少見絨毛膜之正常絨毛,但所含之特殊細胞與絨毛者相同. 卵巢之組織有時亦改變,即黃體變成多房性囊. 臨診 其病之特狀如下,有時在正常產後而顯,諒因胎盤之一塊未逼出致現此等惡性官能. 最多者在孕期太淺之小產後,或生出頗大之泡形胎塊. 小產後排出物帶血頗久,或血漸加多,醫士以為子宮內仍有胎盤塊存留而施刮術除之. 須以顯微鏡檢查刮除之質,一見此等之特別組織,切勿延誤,宜立將子宮截除,否則出血加劇,子宮長大,他處生繼發瘤,肺內尤甚. 此瘤性甚惡,致病者速亡. 治法須開腹將子宮及卵巢完全截除,若瘤細胞尚未散布他處則有希望.

輸卵管之病患 AFFECTIONS OF THE FALLOPIAN TUBES

輸卵管膿腫 Pyosalpinx. 即該管積膿,因其內膜炎所致,其故多為淋病球菌,或子宮於產後或小產後染膿菌而延及之,間或有結核桿菌. 此病多為慢性或亞急性. 若為急性則兼有子宮或腹膜炎之症狀,故難辨明. 大半二管同時受累,亦有

化膿而波及卵巢者. 任炎之急慢其結局常爲管之二端被塞,或完全塞閉,至後不能復通,其腹口或爲纖維素(血絲)塞住,或管黐粘於鄰器官. 管遂擴張,常增長而彎曲,(見四百八十圖),或含多量膿,膿初有細菌,日後細菌或死,則膿失其毒性. 管面之腹膜多與鄰物相粘(因腹膜組織形成性炎),則管內之膿或穿至陰道,或鄰器官如膀胱直腸小腸等,抑或至腹膜全腔. 結核性輸卵管膿腫因粘膜受染而致.有原發者乃菌由血而至,然繼發者較多,因子宮或腹膜患結核所致. 二管常受累,而屯積凝乳樣膿,後膿有乾酪樣變或石灰性變. 有時該管變成固體纖維織團,團內含包圍之乾酪樣質,管外面與鄰處相粘. 若病爲原發性,則或由其腹口染及腹膜腔,致患由盆部而起之結核性腹膜炎,或有粘着物與腹膜全腔相隔.

臨診歷史 急性者,如因染淋病菌或膿菌者,則狀與盆腹膜炎無異. 病者躺臥,大腿彎起,體温較高,寒戰一次或數次,腹下部甚有觸痛. 由陰道查之,則知盆內各件被浸潤較硬且痛,病有時進行致盆內化膿,即有膿腫發於腹膜腔內,即在闊靭帶之內或周圍,後穿至皮外或至某器官內. 然多數則急狀漸退,遂現慢性輸卵管炎之狀,強半病案早期亦見此狀,該狀最顯著者,係不間斷之扯痛,映射至背,用力時尤甚,或痛只見於行經期,致患者躺臥七至十日. 若盆內之粘着多,則大小便時或亦甚痛,病人運動困難,即行走時或向前屈身以弛緩腹壁之肌,或按手於腹下部以護之. 至行經期各狀尤顯,出血較多且久,體温略高. 若屯積若干膿則或見癆瘵熱及毒血病之狀. 膿穿至陰道或他器官者,若膿之出路足大則病或自瘉. 由陰道診察可捫得膨脹而覺痛之輸卵管,子宮亦無平常之活動,且陰道頂較硬.

治法 急性者須躺臥,腹部敷熱濕布,陰道可以熱藥液灌洗,若痛極劇烈或施嗎啡. 大半當截除輸卵管,但若能待急狀退去始施手術爲佳. 手術之難易在乎輸卵管粘着之多少. 病久者其膿內之細菌或活或死不定,施手術時總宜謹愼設法防備,以免有染毒之害. 若能保存其一或二卵巢卽當保存之,以防病者有急性經絕之弊. 有時可由陰道穹窿切開卽達至膿液,則可免腹膜內之手術,然究屬罕見,且指徵須最明顯而無疑方可由陰道切開.

輸卵管水腫 Hydrosalpinx. 多因子宮慢性炎累及輸卵管合管之二口閉塞,則粘液充滿管內所致,若粘液多則成頗大之囊,須開腹將輸卵管截除.

輸卵管孕 Tubal Gestation. 卽受孕之卵發育於輸卵管內. 原因全未悉,恐因該管扭轉或彎屈成角致卵難於前行所致. 有時孕卵棲止於腹膜腔,或緊貼卵巢,然二者均屬繼發性,而卵本在管內(爲原發性)厥後排出. 輸卵管任何部份均可受累,故分三等; (一)子宮壁輸卵管孕,卽卵發育於管穿子宮壁之段. (二)輸卵管中段孕. (三)輸卵管漏斗孕,或名輸卵管卵巢孕,卽孕在管之外側段.

管之肌纖層張甚,且先長厚,粘膜充血而變爲蛻膜. 至後肌纖維化爲無有而代以纖纖織,胎盤貼壁之處漸萎縮,輸卵管遲早必破裂,致卵排出而入腹膜腔,或至闊靭帶組織間,則胎或死,或因胎盤貼於腸或他件而仍發育,同時子宮亦長大,且內面生蛻膜,然較正常孕者小,至第五月只爲正常者三分之二,縱滿孕期亦不過有四至六吋長耳. 有時管破則子宮隨卽排出模型膜,且見惡露若干時間,

臨診歷史 人各不同,強健之青年婦人未曾受孕者罕見之,大抵因輸卵管有先天畸形而致. 然多見於經產婦或曾

有盆病者,如因輸卵管曾發炎,或盆腹膜有粘着者是. 有時病者久未受孕,雖月經一次不行本人亦不以為係受孕之故. 有時覺盆有陣發性痛,且溢出含血之液,與小產之初期畧同. 病者多早就診故大半無孕期之特狀,若孕仍存或顯之. 然較常略異,卽乳房長大,或有嘔吐,但或無完全之經閉. 於病之初期診之,可捫得子宮旁有一能動限局性團,卽長大之輸卵管所成.

首數月之危險,卽輸卵管破裂,出血極劇,且或至死. 輸卵管破裂可分二類:

(一)輸卵管腹膜內破裂 Primary Intraperitoneal Rupture. 多見於第六至第八星期內,卽卵漸長直至將管漲破,管幾破為兩半,出血頗多,甚或至死. 有暫時就痊而數日後復出血者,有出血較少而常復發且或顯頭暈者,則盆內或有限局性血腫. 罕有卵藉血管與腹內器官相連而猶發育者,尋常卵則死,孕卽止矣. 症狀甚急而可懼,病者腹下及盆如刀割之痛,面色變白,頭覺眩暈,精力衰弱,腹下部甚有觸痛,且此處之肌強硬. 腹膜腔含血之狀頗難斷定,然所出之血或甚多. 若未至殞命則體弱甚,且發熱數日疼痛漸退,儻仍出血則甚險. 否則血或漸被淋巴系統吸收至全無,或集於盆而成血囊腫,囊腫或久存或以後化膿至須割開.

(二)輸卵管腹膜外破裂 Primary Extraperitoneal Rupture. 此因卵多半向下內發育於闊靭帶夾層之間,如此者破裂畧遲,卽在七至十二星期內,出血較少而全身狀較輕. 由陰道診之在子宮旁大抵可捫有血團,其卵多死,血或被吸收,但被膿菌所染而成膿腫者不少. 亦有繼發破裂至腹膜腔者,其狀與上段所言者同.

子宮外孕多不逾四月,但卵已免早期之危險者,則仍可生長於腹腔(在管內仍生長者甚罕). 若仍生長則狀與正常之

孕畧異,乳房較不膨脹,胎身在腹內移動或較常更顯而易見,腹之二側膨脹不齊,卽橫徑或較長於縱徑,胎易捫出,胎盤之鳴或甚清晰,或易常位. 孕期滿或前一二月有假分娩之狀,此後胎大抵卽死,腹內之腫團畧減小,且子宮排出惡露並漸復舊,胎體漸得包膜圍繞. 迨後胎或枯乾,或有石灰性變(名石胎 lithopedion)或石臘性變,抑或化膿則穿向其他空器官或至皮,並有碎解胎塊由膿瘻而出.

輸卵管孕破裂之治法 大危險卽在出血,須按普通治出血法處理之,卽使出血處露明而縛其血管. 此等出血旣不現於外,故有於不知覺中而出極多者,甚至病者不堪忍受手術,如此者或可以血或鹽液注射靜脈內冀補其力,而後施手術.

亦有出血一次而將復原者,則須施手術與否殊屬疑問,蓋因一方面恐不再出血,且所出之血或漸被吸收,一方面恐再出血,或所成之血腫化膿也. 大抵施手術爲妙,因不能决定胎已至死也(若胎未死仍在危險中). 若於管未破以前診斷爲管內孕,則早截除其管,此自然之理也.

腹膜內破裂者,須立刻施手術,或先以鹽液注射靜脈,且手術時可令助手接續注射. 病者須垂頭仰臥,在恥骨上正中線割口,一割至腹內大抵有多量之血液血塊湧出. 宜以手插入腹內覓子宮,循子宮至破裂之管,將管之子宮端持定而夾以血管鑷,其腹端亦宜夾住,遂將中段截除縛妥二端. 若病者強健,可將腹膜腔內之血塊拭出,且將腹壁之刀口或完全縫合或置引流管,以後之治法與治他出血者同. 若病者較弱可不必費時以拭出血塊,須立卽縫合腹壁.

腹膜外破裂者之手術與上畧異,因其目的大都不在止血,乃在除其卵胚等物,或止痛,或使病者速痊免血遲被吸收致恢復期過長也. 然須記血腫或已受染. 病者須垂頭仰臥,割口

宜在腹正中線以無菌紗將腸隔開. 腸有粘貼者須細心分開以露出血腫之囊,其囊或自破裂,或須切開,或以套鍼刺入而放液. 遂將病團與鄰物分開,縛其血管而完全除之. 有時須將囊內之血塊等物除出,以紗塞其腔,或置引流物,血侵入盆深部者尤宜如此. 若已化膿須與治盆腹膜炎之法同,間或能由陰道切開設引流物,或須由腹內處理之. 至於子宮外孕存留至四月以後者,其治法詳於產科書.

原發性輸卵管癌 Primary Cancer of the Fallopian Tube. 起於管之粘膜,進行甚速. 倘管之腹口仍通,則早累及腹膜腔. 猶有累及卵巢者,非細心診查則不知原發癌確居管內.

卵巢及闊韌帶囊腫

CYSTS OF THE OVARY AND BROAD LIGAMENT

此等處之囊腫分數種,其關於胎生學上之異點已詳於上(見一百五十四面).茲分類如下:

直接關連卵巢之腫囊

Cysts directly connected with the Ovary

(一) 眞正卵巢囊腫,或爲單獨性,或爲多數性,或顯增生性. (二) 卵巢旁體囊腫,兼現乳頭狀瘤之形式. (三) 黃體囊腫. (四) 卵巢皮樣囊腫,或畸胎瘤. (五) 惡性卵巢囊腫,(多爲癌類). (六) 卵巢水囊腫.

闊韌帶囊腫 Cysts of the Broad Lig. (一) 卵巢冠囊腫. (二) 科貝 Kobelt 氏管囊腫. (三) 加忒 Gartner 氏管囊腫. (四) 輸卵管囊腫. (五) 淋巴管囊腫.

眞正卵巢囊腫 True Ovarian Cysts. 或名爲卵巢囊腺瘤更恰. 其囊每爲多房,常累及一側之卵巢,間有累及兩側者,起於卵面向內生長成爲筒形之上皮,或起於卵泡. 囊腺漸長則

小房間之壁變薄,或化爲無有. 亦有大囊內含小囊者,此等較多(見四百八十一圖). 囊內之液有稠粘性,畧似粘液素 mucin, 色黃白,若囊內已出血則色自改變. 囊腺瘤之大小不一,小者如橘,大者或壓腹內之器官,甚至呼吸困難. 曾有一人其囊含液至三十二水磅之多,腹圍有六十五吋,下肢水腫至有液透皮而下滴,數月不能躺臥. 囊腫壁之厚薄及構造不一,有時新生之上皮織成頗大之團,終則此團或變壞至成新囊. 囊之外面有腹膜掩蔽,且或粘於網膜及腸. 闊靱帶及輸卵管受瘤之扯力則伸長,以成顯然之蒂,此蒂含瘤之滋養血管.

卵巢旁體囊腫 Paroöphoritic Cysts. 性質與上者頗同,惟囊內或顯乳頭狀組織,(見四百八十二圖),該乳頭組織或穿囊壁達至腹膜腔,故其性畧惡. 原囊或一房或多房,亦有薄壁之大囊內含大絨毛樣贅生物者,該物面蓋有柱狀上皮.

黃體囊腫 Corpus Luteum Cysts. 囊常爲多數性而不大,然間有大如拳者,所含之液畧稠,因有血滲出故色較深,囊裏膜之黃素細胞(lutein cells)有顯然之過長. 此等囊腫與絨毛膜上皮癌(蛻膜癌)或同時而現(見上).

卵巢皮樣囊腫或畸胎瘤 Ovarian Dermoids or Teratomata. (見一百五十四面),此囊常爲單房,或於嬰孩時卽見,或於中年始發生. 生長緩慢,易致陣發性輕微扭轉,終或完全扭轉,則症狀最急.

卵巢水囊腫 Ovarian Hydrocele. 罕見,卽卵巢居闊靱帶之一窩內,窩口被粘着物所閉合,故卵巢外有液屯積而成囊. 體積不甚大.

卵巢冠囊腫 Parovarian Cysts. 按胎生學而論,卵巢冠爲午非氏體(中腎)萎縮之贋件,在闊靱帶內常見其遺跡. 有時冠積液而成囊,囊漸長大將闊靱帶二層分開,卵巢並輸卵管被

推向上而在囊面牽長. 囊居子宮旁側而達至盆深處,常爲單房而壁薄,內含清液,或長至極大而無蒂.

科貝氏管囊腫 Cysts of Kobelt's Tubes. 此患不少見,究無關重要,體積小故無何症狀顯現.

臨診歷史 卵巢水囊腫初起時尙小,且居盆內,其症狀不必詳述. 茲僅舉數端,行經之作用或異常,如經液過多,盆內似覺受壓而痛,膀胱及直腸之機能或被阻,此等狀在闊韌帶囊腫較卵巢水囊腫尤顯. 病者多延遲至囊腫由盆長入腹之時始來求診,或自知由何側而起. 囊腫漸長,則向腹之正中於腹前壁後而上升,常將腸推至腹後及二側. 望之則見囊腫向前凸出,且腹之二側不凸出,故與水腹者有異. 叩囊腫則有實響,然其緣或被腸所掩蔽,故其響略空. 腹之兩側甚有空響,但患腹水者前中有空響二側有實響與此正反. 且患囊腫者無論仰臥側臥則叩響不變,而患水腹者則叩響隨身體之臥式而異. 以捫診法有時捫出囊之界限,或能捫知其下份伸入盆內. 輕叩之或覺有液體性震顫,若爲卵巢冠之單房囊腫則此震顫尤顯. 多房囊腫若無大房在前每無震顫,有時可知其囊腫能動,若用雙手診察法尤易知之. 囊腫多將子宮牽上而不凸至陰道頂,故陰道每似甚長,而子宮頸難於捫得,有時子宮偏向一側. 腹內受壓之狀有數種,如消化不良及大便秘結,有礙身體之營養,致身體消瘦衰弱,或下腔靜脈受壓致下肢水腫,或腹壁之皮下靜脈凸出,或呼吸甚困難. 其囊雖小,若嵌於盆內則受壓之狀或猝然增加,且直腸及膀胱過敏.

併發病 有多種,有忽發而不久卽死者. (一) 發炎,有數原因,如受傷或㿜扭轉,或由鄰器官如闌尾或輸卵管之細菌累及之. 有時炎輕而爲限局性,則僅生少許粘連物而已. 若囊腫深主質受累,至後化膿. 所顯者爲腹內發炎之通常狀,卽疼

痛,體溫升高,嘔吐,或大便秘結,以手捫囊腫則覺痛,且瘤較前署大,或界限較不淸. 倘化膿則或穿至腹膜腔或穿至一空器官. 若不致命則卵巢難免有廣闊之粘着而關係重要. (二)扭轉,囊腫有長蒂者易至於此,多見於皮樣囊腫,(若囊多粘連他物則不至有此). 其故或爲腹壁肌之收縮不齊,厥後或受確定損傷之騷擾所致. 病急者於剖腹時卽見囊腫蒂扭轉至二三週,此爲扭轉已略發數次之據,故以前作痛而以爲腹膜炎所致者約係扭轉也. 倘扭轉過甚,則囊之血循環停止而囊被絞窄,遂致非膿菌性腹膜炎.(若不早爲診治,則腹膜卽發瀰漫性炎,至腸癱而死). 囊漲而充血,血或滲入囊組織,至後易成壞疽. 有因勞力後而忽發者,亦有無故而發者. 痛甚,遂顯休克,囊較大於前,緊張而有觸痛,嘔吐,大便秘結. 狀似急性腸梗阻,故有延醫較遲而囊腫之病歷不淸者,未開腹之前甚難决定爲何病. (三)破裂,有囊腫壁漸薄而自破者,有因受傷而被破者,驟破之時甚覺痛,且顯休克. 結局按其內容之性質而異. 若流出濃稠似膠之粘液,則腹膜或發炎,若爲漿液性而淸,則或被吸收而無大害. 囊壁卽塌陷易粘於鄰物,然囊之裏膜仍生液,或復充滿其腔.

診斷 卵巢水囊腫之診斷,今只擇緊要者述之,如膀胱積水者可插一導尿管,則知囊腫非係膨脹之膀胱. 若病者仰臥並側臥,愼施叩診術則可斷定有無水腹. 亦須斷定是否子宮長大,檢查有無懷孕之指徵,如子宮頸軟化,乳房膨脹,子宮作鳴,經停,早晨惡心等. 若非懷孕者,除診察陰道外,另可插子宮探子以斷定非係子宮長大.

治法 卵巢水囊腫大半以施卵巢截除術爲妙,於一八零九年有美國醫士馬道氏 McDowell 首用此術而得效果. 此術任插套針以放液否,其目的在完全截除其囊,囊小者不必放液,

大者常放之. 若爲皮樣囊腫或囊現增生性乳頭狀組織者,不可用套針,因刺針時其液不免有少許滴於腹膜腔,設或內含能生殖之細胞則染及腹膜,嗣後又生腫瘤矣.

手術 宜將病者依常法預備,腹前壁須潔淨,女陰須薙毛,若陰道無惡性溢液可無庸灌洗或塞紗法. 若病者能垂頭仰臥,則醫士處理囊腫之蒂殊較便,於恥骨聯合上正中線割一豎口,使囊前壁露出,以指或手插入腹內繞囊周圍以查有粘着否,有則或卽處理之,但多者以後分解較易,(若囊粘於網膜須將粘着之組織以二線隔離縛妥,且於二線間剪斷之. 若粘於他器官須愼爲分開,切勿致該器官受傷,果能將粘着以紗輕輕拭開而不用利器尤妙. 出血處須一一縛妥,否則遲早或再出血而制止煩難). 於是取威氏套針 Well's trocar 插入囊內放液,則囊壁卽見鬆弛,可用爪鉗由腹壁之割口曳出以免液流入腹膜腔. 然或不能如此,因囊壁或過軟而脆易於破裂,若用鉗則破裂尤甚. 如此須使病者側臥,以手將囊內之物剜出,或延長其腹壁割口,甚至將囊之全體由腹內提出. 若原囊內有多數繼發性囊,則可插套針以放其大者之液,但愼勿刺透原囊旁壁與後壁. 囊蒂須以較粗之線穿而縛緊,後在縛線略遠之處剪斷其蒂,遂在剪斷之面尋覓卵巢大血管,用絲線或腸線一一縛之,如此若縛蒂之線卽偶有鬆弛亦無大妨害. 後須查彼側卵巢,且依情狀處理之. 腹膜腔宜使潔淨,若有頗多之囊液流入腔內,可以鹽液灌洗之,後將腹壁之割口依常法縫合. 闊靱帶(卵巢冠)囊腫多無蒂,故以套針放液之後須剜出之. 其法將闊靱帶前後二面之腹膜各割一口,帶內有囊之滋養血管宜縛妥,則囊壁大抵易由鄰物分開,遂將闊靱帶之割口縫合. 大抵不必用引流物.

卵巢囊腫有扭轉之蒂者,須先解釋之,其餘治法仍與上同. 至於囊腫發炎或化膿,須依情狀而處理之,莫妙於完全截除之. 然亦有只能切開放液並置引流物,而不能截除之者.

若爲無併發病之卵巢囊腫,施截除術爲外科重大手術中最有效果者,且死率甚小. 若囊多粘連鄰物,或有他併發病,則施術較難而死率較大.

卵巢實體腫瘤 Solid Tumors of the Ovary. 不甚多見,屬癌,肉瘤,或纖維肌瘤之類. 癌爲完全實體或內含囊,生長甚速,早累及鄰物,致腹膜腔被癌細胞所染,並患水腹. 班蘇氏 Bland-Sutton 謂卵巢癌多屬繼發性,且其原發癌或在腸或在輸卵管或在乳房. 肉瘤常畧硬多係梭狀細胞,故與纖維肌瘤相似,然生長較速,且兼患水腹者較多. 以上之瘤設若有法,均宜截除之.

第四十四章

截斷術

AMPUTATIONS

通論 GENERAL REMARKS

臨截斷病肢時須注意手術之二要項：(一)當手術時宜設法免病者患休克,且截除之份宜以短爲妙,俾存留之殘肢較長.(二)須設法使殘肢端 stump 便於接合假肢.曩昔人多忽畧第二項,近今因富有經驗始知爲重要.

(一)手術　其指徵可分二種：(甲)症狀甚急者,如休克,或出血甚多,或劇烈之中毒,非速截斷難濟其命.(乙)症狀非急者,如慢性病,且身體較健,則施手術不必如前之速,可循序行之.由此觀之,截斷法乃因病者之局部且全身之症狀而異.

第四百八十三圖

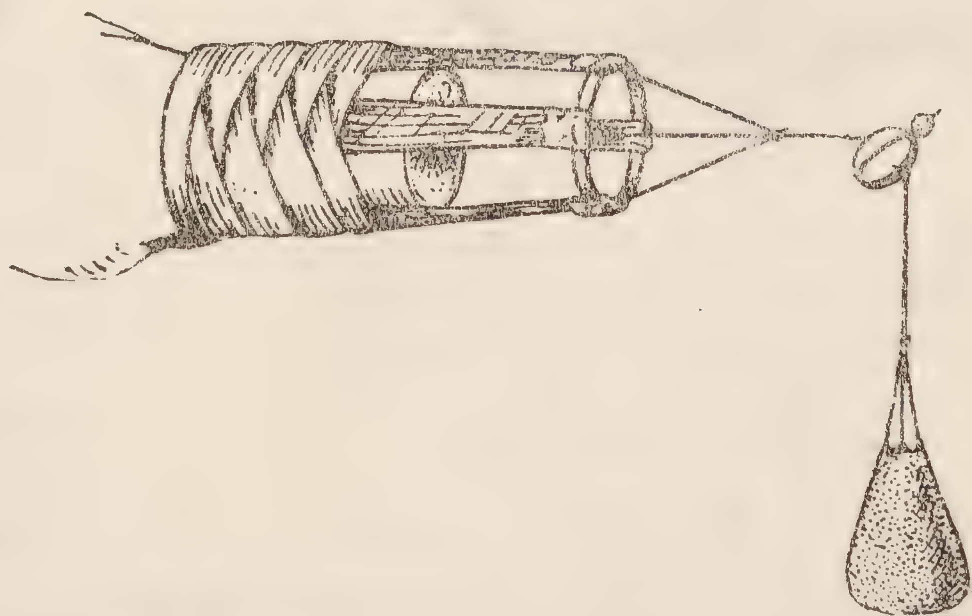


Fig. 483.—METHOD OF APPLYING EXTENSION TO AMPUTATION STUMP

殘肢端之牽伸法

(甲)症狀甚急者,若其肢被炎質浸潤(如因劇烈之中毒,或已患或將患氣性壞疽者尤然),且體力不強,則以速施手

術爲要,且須備妥適之引流物,並截除之份以短爲妙,因日後或仍須施再截斷術. 既存此目的,則須由該肢之前後備短肌組織瓣,深組織須用長刀一致環割之,後以鋸鋸斷其骨,則肢卽完全截斷. 須將出血之血管按法制止. 遂用浸於二克羅拉民替 dichloramine T 或弗拉芬 flavine 溶液之紗布墊置於截斷處,將備瓣鬆縫於其上,或將瓣翻上暫縫定俾排出液完全流出. 後可用特殊牽伸法(第四百八十三圖)免軟組織向上縮短. 歐役所用之斬斷術殊不滿意,故無須用之.

(乙) 症狀非急者,手術須順序加細施行,且備便於接假肢之形式,可擇用決定之截斷法. 其法大約有三,卽環形,球拍形,瓣狀者是.

環形割口截斷術 Circular Amputation. (見四百八十四圖)今罕用之. 其法卽環割病肢之皮與皮下結締織,將皮扯

第四百八十四圖

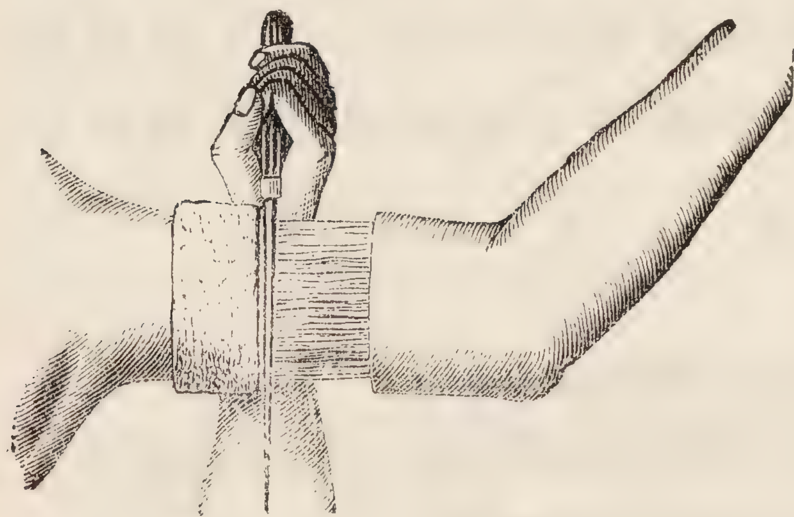


Fig. 484.—CIRCULAR AMPUTATION FOR THE ARM, SHOWING FLAP OF SKIN TURNED BACK, AND KNIFE APPLIED FOR DIVISION OF THE MUSCLES

環形割口截斷術

皮瓣已翻上施刀斷肌

第四百八十五圖

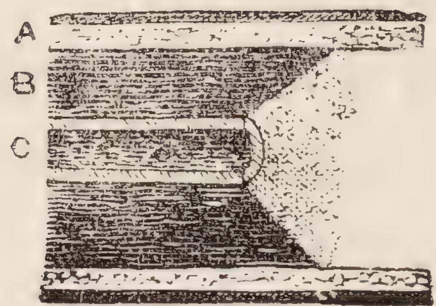


Fig. 485.—SECTION OF PARTS AFTER CIRCULAR AMPUTATION

A. SKIN AND SUBCUTANEOUS FAT;

B. MUSCLES;

C. BONE

環形割口截斷後之切面

A, 皮及皮下脂肪織

B, 肌

C, 骨

上或捲上如反捲袖口然,則環行截斷淺肌. 將軟組織向上翻開,再截斷深肌,遂於畧上處顯露其骨,割開骨衣而鋸斷之. 如此則骨端居圓錐形凹內,而皮及肌易覆蓋之; (見四百八十五

圖),且血管被橫截斷,惟肢不甚美觀,至後軟組織收縮致瘢痕多黏連骨端. 迄今此術祇用於上臂部,然有一改良之手術可施於他處,卽兼割一二縱口以連環形口,始能在畧上處截斷其骨,如施一種髖關節截斷術(見下文).

球拍形割口截斷術 Racquet-shaped Method. (見四百九十圖A C).此術頗與上改良者同,但其環形口斜成球拍形,且口之上端須向上割成尖形,若有必需可將尖向上延開以成球拍之柄. 此術常施於指趾,且用於髖肩二關節.

橢圓形(或卵狀)割口截斷術 Elliptical Method. 此術與上術畧同,在割口之下端解剖,將組織瓣之凸緣向上翻開以露骨

第四百八十六圖

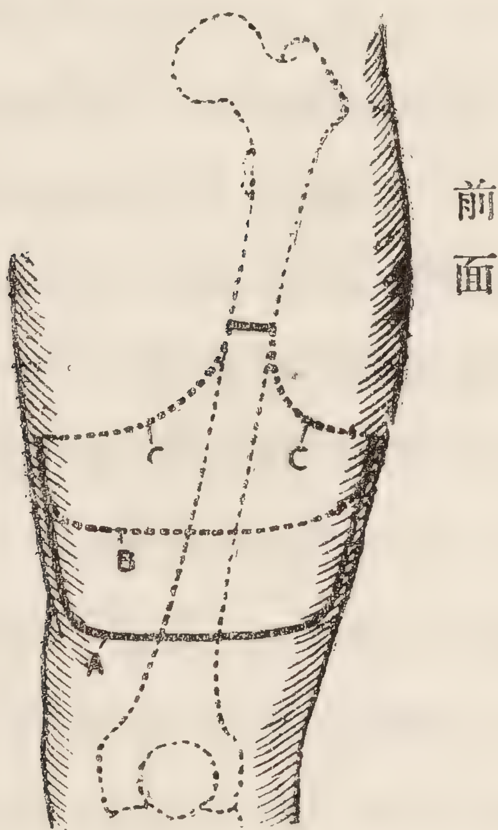


Fig. 486.—AMPUTATION OF THE THIGH BY LISTER'S FLAP AND CIRCULAR METHOD

A. Anterior flap; B. Posterior flap, half the length of the anterior; C. line of division of muscles, which is performed by circular sweeps of the knife

股部之瓣環形截斷術

A. 前瓣　B. 後瓣長前瓣之半

C. 環行斷肌之線

第四百八十七圖

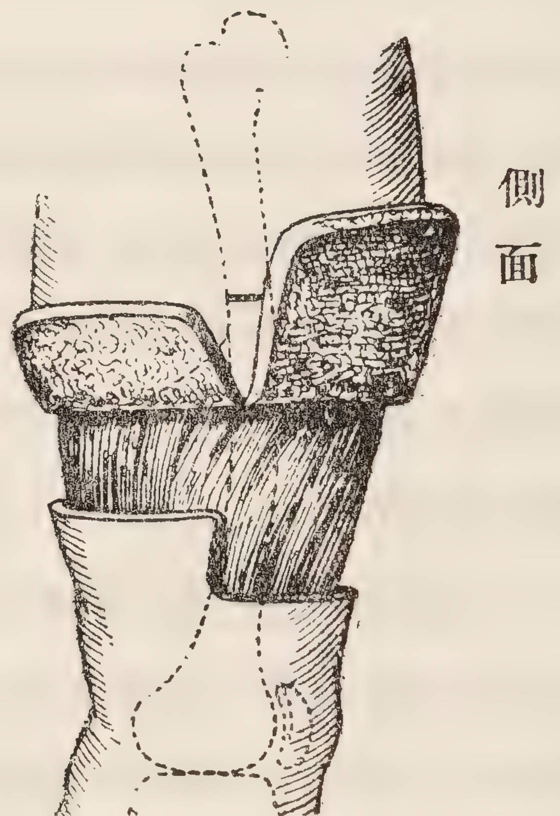


Fig. 487.—LATERAL VIEW OF SAME OPERATION WITH THE SKIN FLAPS DISSECTED BACK

C. Line of division of muscles

同一手術由側面觀,割瓣已揭起翻上

C. 指示斷肌之線

或關節,以便於割口之上端處截斷之,遂將翻上瓣之凸緣復回接縫於割口之凹.

瓣狀割口截斷術 Flap Method. 近今對於長骨幹常用之. 從前(未用麻醉術時)多用長刀刺穿法 transfixion 以免多費時間,致病者難忍受,(其法用長刀於骨前由肢之此側穿至彼側,向下割一前面之皮肌瓣,遂穿至骨後備一後面之皮肌瓣).

此法之劣點,乃瓣之肌織過厚,且血管及神經常係縱斜割斷也. 近今多不用之,乃先繪瓣之形式,而後按解剖法分開之. 大概其瓣爲皮及皮下組織並深筋膜所成,瓣底或另有肌組織少許.

若截斷處之肌肥厚(如股),則用李司忒氏 Lister 所發明改良之瓣兼環形 modified flap and circular 截斷術爲妙(第四百八十六七圖). 須割前後(或內外)二瓣,瓣形須方(畧除瓣角之尖);前瓣之長宜以肢之截骨處橫徑三分之二爲度,後瓣宜三分之一. 其瓣爲皮及皮下組織,剖開後須環截其肌牽之往上,至肢橫徑之半而斷鋸其骨,如此則獲環形及瓣狀二法之益. 然須注意勿使瓣上寬下窄致成尖形,其底與頭宜等寬,只須略除其方角.

(二)殘肢端 Stumps. 對於接假肢可分二類:(甲)下肢之餘段須足以任身之重量,假肢強牢緊接殘肢端之周圍而以相當之骨凸爲倚點(如脛骨之內外二髁),然殘肢之端若自能受身之重量,則步態必較優良. 故賽姆氏 Syme's 與斯托格替兩氏 Stokes-Gritti 之二等截斷術爲佳,因覆蓋殘肢端之皮久已習慣受身重之壓力也. (乙)上肢之餘段約無身之重量可任,故假肢僅接殘肢端周圍,致殘肢受旁或斜之壓力,而其端不受之. 由此觀之,截斷上下二肢並二肢各處之改良技術必隨其部位而異. 今舉七要項如下:

(一)截斷處之高低宜視病之性質及病區之大小,並注意接合假肢之理. 對於病組織須完全除去,但所截除者以短爲佳. 然亦有例外者,譬如截斷小腿下三分之一,較截斷踝關節微上處爲愈. 有時恐不免施再截斷術,則餘段以長爲妙.

(二)殘肢端之皮肉瓣等須足以保護骨端,免被壓而受害 皮及肌本有縮短之性,否則不妨準備兩瓣,每瓣之長等於肢(截斷骨處)橫徑之半,但因皮及肌皆縮短,故二瓣之長須共爲截斷處一徑半或二徑. 肌較小者瓣長一徑半卽足,肌較大者(如股下端)則宜二徑長. 其瓣之來源亦甚要,如單一長瓣(或前或後)大抵不可用,恐其血供給不足也. 若至後殘肢端不得受壓,則可備二等長之瓣(或前後或內外). 常採用者乃此瓣長而彼瓣短.

(三)殘肢端所蓋之軟件必健全而畧柔韌,且在骨端面宜微活動,(骨之髓管漸被一層密骨質閉塞),軟件之多少亦須合度,若過長卽痛而易受激刺,接假肢亦較難. 骨端須用肌貼蓋之以作保障之墊,然皮層宜活動. 瘢痕貼於骨端者,雖或仍可帶一假肢,然不及上者之佳,且或有後發患.

(四)瘢痕之位置及性質亦屬緊要. 下肢之瘢痕不居殘肢端之正下爲佳,須居於一側,居後方者尤佳. 上肢之瘢痕若在殘肢端之正下大抵無礙. 瘢痕以線狀者爲妙,倘不能完全如是,總求完全痊癒而不貼骨,並無生濕疹或潰瘍之性,且無知覺過敏,始可接以假肢.

(五)殘肢端須無觸痛,且能任若干之壓力. 手術時所切斷之神經尋常乃生球形之團,(第四十五圖). 若神經團貼於骨或貼於瘢痕,則於殘肢每動時易被牽拉,或易受壓,故常覺疼痛而肢不適用. 旣如此,當行截斷術時須覓出大神經牽下而切斷之,則其上端縮上,而所生之球形團居割口之深部.

(六) 殘肢須細心保護以免下論之患. 每有連殘肢骨之有力肌,因無該肢之抵力,常將殘肢牽至不合宜之位. 例如上肢或下肢之上段易被牽至內收,故須慎加防備以保存外展之作用. 且宜設法使截斷處以上之關節仍活動而免強硬,有時可暫用夾板使肌安靜防免不合宜之收縮. 截斷在前臂者,則肘關節易屈,甚至不能伸直,故須帶夾板使伸若干時,且須按時運動關節. 截斷在膝關節下者亦須同法治之. 昔日多備跪式之殘肢,而下接柱形假腿方可行走,此假腿便而價廉,但今多用較美觀之直式者以代之.

(七) 殘肢之割口瘉合後須待若干時使鄰組織收縮而變堅,(大抵最少須四月),始能裝配恒用之假肢,殘肢端宜以布帶或彈力性帶裹之略緊方能至此.

暫時之假下肢 Temporary peg leg or pylon. 有用之而獲益頗多者,蓋組織因之易於變堅,而病者能早棄腋杖行走,不至有神經之杖癱 crutch-palsy, 且手不必持杖而可作他用,身之肌不至瘦弱而體仍康壯,病者失肢之憂亦必減少. 暫時假下肢之製法,有單簡者,卽於肢之內外二側用木板,兩板之間連以二三橫木,下端接一圓形木塊,塊下附貼橡皮作爲足跟,二板之上端及殘肢端可用石膏布帶包之成殼,則二板與石膏殼相連甚堅. 殘肢須先着絨襪,襪之上段須反折於殼之外面,假肢之上繫一皮條懸於彼側之肩.

殘肢病性之改變 Pathological changes in stumps. (甲) 殘肢端受菌染,若手術之先皮未受傷則不應有此弊. 若待截斷之肢已受損傷或已受染,有時割口亦難免不被染. 有顯限局性化膿者,則宜將二三縫線除去,以備引流之口,或塞以浸弗拉芬 flavine (千分之一) 或二克羅拉民替 dichloramine T. 油之紗;待其染毒狀已退而傷口有健爽之狀,則可用貼膏以合割口,或施

過後縫合術. 病較重者不可僅開一小口而置引流管,(蓋如此則炎狀於縫口之瘢下必加重),須及早將縫線完全除去敞開其割口,待染毒已除盡時方可用過後縫合術,然有死骨者自不須縫之.

(乙) 截斷骨之端壞死,此非罕見. 截肢時於未鋸骨之前,宜先將骨衣慎為翻上如捲袖然,以備蓋骨端而封其髓管,否則骨易壞死. 若手術末級用力過度則患之亦易,大抵未受染則不成此患. 至後脫出之死骨常為環形塊,倘炎延上至累及骨髓管則死骨塊必大,(見第四百五十六面). 症狀,病輕者炎狀不甚顯,痛亦不甚劇,僅見有一難收口之瘻. 須以X光照之,則見有死骨塊,其塊常待二三月始離本骨,骨塊一活動須施手術以除出之. 若死骨久留在內,則組織必尤變堅硬,至後或宜施再截斷術.

(丙) 皮瓣之下端脫腐,此多因身體虛弱所致,瓣薄或受損傷致礙滋養者尤然,或因截斷處太近患區致瓣內帶不健全之組織.脫腐塊多為限局性. 治法宜使瓣乾而無菌,則腐肉漸脫而被吸收. 倘染膿菌則結局尤劇,甚至於尤高處施再截斷術.

(丁) 圓錐形殘肢端,多因瓣過短,或因化膿致組織縮短,或因年幼而殘肢之骨仍長(即由本骨上端之骺軟骨而長)所致. 有病劇烈至骨由皮伸出而成壞疽者. 治法祗可行再截斷術而已.

(戊) 殘肢疼痛,多因神經端所成之團貼於瘢或骨,致肢每運動時被牽所致. 常為頗

第四百八十八圖

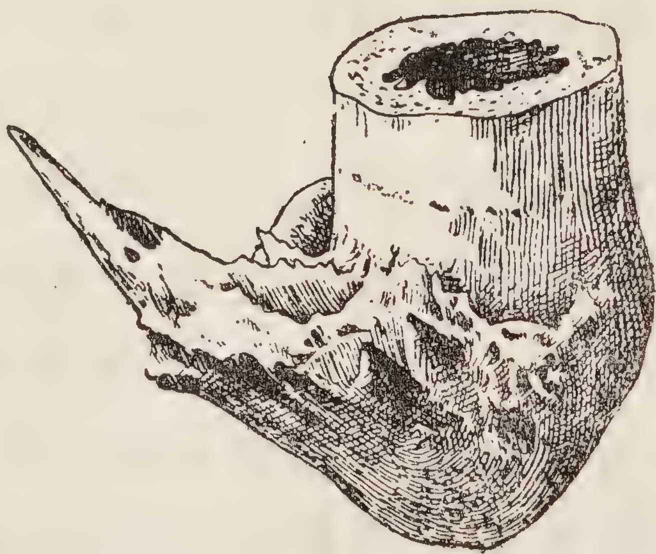


Fig. 488.—WELL-MARKED SPUR DEVELOPED AT DIVIDED FEMUR, NECESSITATING RE-AMPUTATION FOR PAIN

殘肢之股骨下段生一骨刺致痛甚劇以再截斷術除之

劇烈之神經性痛. 治之宜割除神經端之團,或行再截斷術. 有因骨之下端生一刺 spur 致壓住而戟刺殘肢組織者. 生刺之故,多因未曾備有完善之骨衣袖以蓋骨端,或因鋸骨時軟組織未全保護,致有生活骨細胞被擦入肌肉內而後生骨. 有因骨或骨髓發亞急性或慢性炎所致者,則骨腫而有觸痛,後或成一壞死之塊,須按合宜之法治之,或行再截斷術. 總之凡殘肢痛者,非照以X光大抵難定其致痛之原由.

(己) 殘肢痙攣,此非多見,乃因肥大之神經端受戟刺,或中樞神經系統被騷擾所致. 前者宜截除神經端之團,或施再截斷術以治之. 後者無法可治,雖再截斷其肢而他肌仍受累.

(庚) 有時割口已痊而瘢痕患病. 有被牽入成槽形而生濕疹者. 有直接受戟刺或因體弱而致潰瘍者. 先須施用合宜之局部及全身療法,倘仍無效宜截除其瘢,(瘢貼骨端者尤須如此治之),或須施再截斷術.

截斷之普通技術

GENERAL TECHNIQUE OF AN AMPUTATION

玆重述其重要者如下: (一) 謹愼保護割口,勿受細菌之害,因其肌及筋膜之夾層多被露出,或骨髓管亦然,故尤易致受染之危險. (二) 出血,先宜將肢舉高二三分鐘使血由靜脈廻流,(李司忒氏之減血法 Lister's exsanguination method),繼用一彈力性壓脈器繞肢之上部. 若係下肢則用橡皮管爲妙. 至於上肢,宜用一廣闊彈力性帶,免壓神經致有癱瘓之弊,(倘用實體橡皮條易害及橈骨神經等),其帶須繞肢數周而後結之,或用扣針定妥. 壓脈器先須消毒,且須以無毒之紗數層蓋皮,以免被壓器損傷. 至肢巳截斷,須將大血管縛妥,(動脈靜脈單獨縛之爲佳),且須將大血管畧扯出查其壁有無傷處,若見他血

管亦須縛之.方可解去壓脈器. 此時副手須留意,若有必須則用指壓大動脈之上段. 有時不能用壓脈器,須暫用指於適當處壓大動脈,待肢截斷後方可縛妥. 須尋諸出血之血管一一速用鑷夾住,(大者宜與鄰物分開),以線縛之. (三) 皮瓣,骨,神經等之處理,皮瓣下端以寬爲佳,須爲方形,然其二角可略削使圓. 由下向上解剖瓣時宜帶深筋膜,且刀刃須向欲切除之組織,使皮瓣之深面及其血管不至被割傷. 至截肌之時副手當細心保護皮瓣以免受傷. 鋸骨之先宜將骨衣反轉向上以便蓋其骨端,使不致欠榮養,(截股骨或肱骨時此法甚要). 鋸骨時各軟組織須以布包裹,免有鋸下之骨末偶被擦入肌內,致後生骨質成骨化性肌炎 myositis ossificans. 若有骨刺須以骨剪除之. 於是將骨衣反回以線深縫合之. 肌腱露出於傷口者可剪短,神經須先牽出,愈向上剪斷愈妙,後將肌肉蓋其骨端細心縫合,則後日殘肢之形必較美觀. 皮之割口常用連續縫合術,然宜置引流物於口之一角,割口表面宜慎上敷料,使皮瓣被牽下至蓋其骨端,大抵須用夾板約束斷肌之上段以免偶然牽抽.

至於多見之後發患,最要者乃克休,復發性出血,及割口染毒等,已詳於上.

再截斷術 Re-amputations. 非罕用之,在軍醫尤然. 多因施初時手術之目的,僅在救病者之命,而未爲後來接假肢之便當計所致. 至後所割之傷口頗大,致需時頗久始能痊愈,或痊愈後而殘肢不滿意,且不堪受壓,故須再截斷之,則病者少受疼痛,而瘉合亦少需時間. 若割口已瘉後仍有上論殘肢之他患致不能接假肢,如此者施再截斷術亦所必需.

手術 (一) 無膿毒者之手術較簡.若瘢痕無病可切開之,若已粘於骨端割口須繞瘢痕而截除之,且於口之二角須割二縱口,由淺至深將軟組織剖開,以露明其骨欲鋸斷之處,遂將骨

衣分開用鋸(以基氏鋸 Gilgi's saw 爲妙) 鋸斷其骨. 後則止血,將皮與深組織分離,遂將肌組織用線縫合以蓋骨端,另須縫合皮緣,最要者勿使軟組織張緊,(各處之割口自不可一致,須因殘肢之形勢而異). (二)割口未痊愈者則手術較難,然細心行之,亦能望割口早瘉而有滿意之結果. 若有急性染毒須按上法除之,始施再截斷術. 施手術時須慎潔近於肉芽之皮,傷口內面宜用紗布擦抹,(物理的除毒法),並塗合宜之滅菌藥. 其他法如常,惟當慎備足長之皮瓣與肌層分開,並須備完善之骨衣袖以蓋護骨髓管. 血管既縛妥,神經已剪短,則須預備縫合割口. 但此非易事,有將浸於弗拉芬溶液之紗布置割口內,用線數條將皮瓣輕輕牽合,待數日若不見炎狀方完全縫合之者. 有先用醇洗淨拭乾,後將必潑 Bipp (見六十一面) 擦抹組織面而用淺深二縫合術者. 亦有人視滅菌藥爲毫無用,而僅用深縫術(如用褥線縫合術),將組織瓣輕輕接合使無緊張,以免瓣間有空隙屯積滲出之血. 後用淺縫線將皮邊縫合,但亦不可太緊,恐有緊張之弊. 然仍以置引流物爲妙. 施此等術後多能獲痊,然化膿者亦不少.

運動成形截斷術 Kinoplastic amputations. 此術係范格氏 Vanghetti 所發明,而他醫士改良之. 目的乃將殘肢之肌連於假肢之關節或鈎等物件以便運用. 其法或於皮割一口使肌腱露出而修成襻,遂用皮蓋之,或將某肌之腱穿通成孔,(此法於肱二頭肌有效),其孔之內面亦須用皮蓋之,待其收口已妥再將帶等穿其襻或孔以連於所應用之物件. 病者之肌須重新操練之至成良好結果. 此法近今仍在試行中,故此書不多討論,然頗有希望. 醫士與製假肢者宜彼此時常商議,方可得其效益.

特殊之截斷術 SPECIAL AMPUTATIONS

指截斷術 Amputation of the fingers. 多因被機器等所傷，或因膿性指炎致骨壞死而施. 取瓣不能僅執一法，任何無損傷之組織均可擇用. 其要術列下：

第三指節骨之截斷術 Amputation of the Terminal Phalanx. (見四百八十九圖). 由指背剖開關節，取指掌面之皮等爲瓣，翻往後而縫之. 於第一指骨關節截斷之大抵無用，因第一指節骨不附麗屈伸等肌之腱. 有時可在第二指骨體之中截斷，因尙有屈指淺肌附麗其底也. 其瓣可由指之任何方面備得，而骨常用截骨鑷斷之.

第四百八十九圖

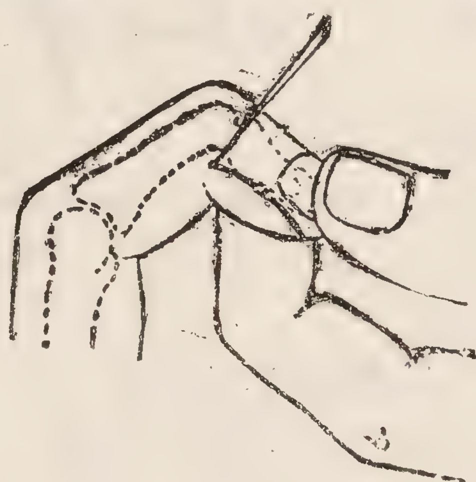


Fig. 489.—INCISIONS FOR AMPUTATION OF TERMINAL PHALANX OF FINGER

截斷第三指節骨之割口

掌指關節截斷術 Disarticulation at the Metacarpo-phalangeal Joint. 此術最常用，可作球拍形割口，(見四百九十圖 A)，球拍柄由掌骨頭之後面起，斜向下至指蹼，彎過本指掌面皮紋畧下，又繞指之彼側回於原處. 割斷伸肌之腱，遂自背面開其關節，後轉動其指，使側韌帶等緊張易於截斷，最終截斷屈肌之腱. 宜縛出血之血管，(大概各側有一)，將割口縫合. 割除掌骨頭與否視其人之職業而定，若爲工人等不可截除以免減少手力，若爲少用力且欲美觀者則可截除. 其法，後面之割口須向上延長，撥開軟組織剪除骨之頭，迄後兩側之指自相挨近. 若爲食指掌骨頭尤宜剪去，以免第二掌骨頭凸出，致不雅觀，且易於受傷，對於此指則法拉孛弗氏法 Faraboeuf's method (第四百九十圖 B) 頗爲有用. 膿性指炎若重致指無法保存者，先在掌

第四百九十圖

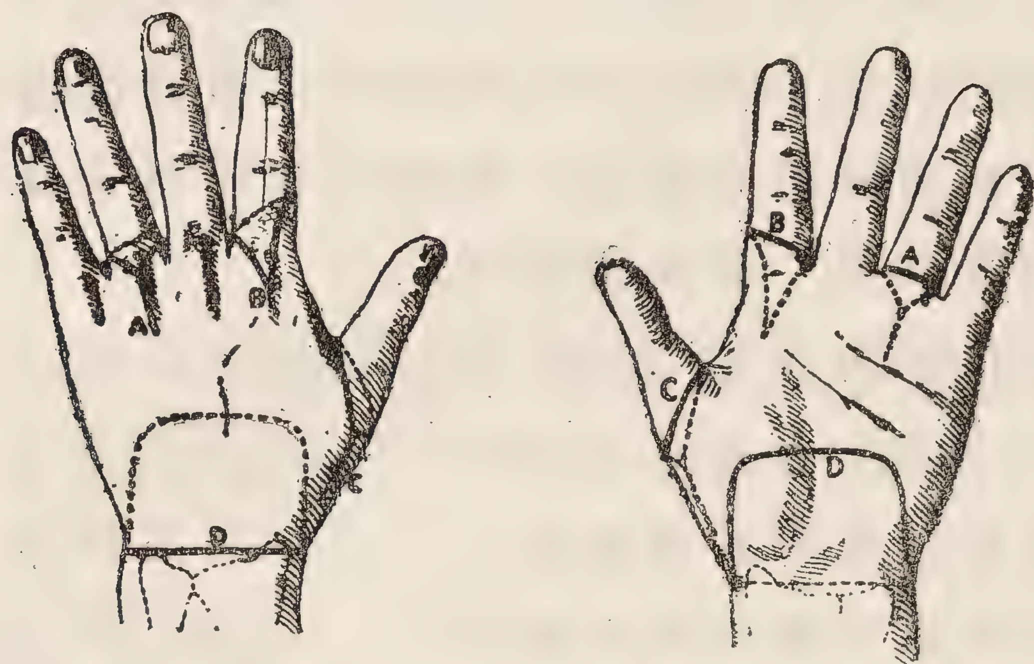


Fig. 490.—DORSAL AND PALMAR VIEWS OF HAND WITH INCISIONS FOR VARIOUS AMPUTATIONS

手截斷術掌面背面之種種割口

A. 球拍形斷指術　　B. 法拉孛弗氏術
C. 球拍形斷拇指術　　D. 截斷橈腕關節掌面長瓣術

指關節截斷爲妙;待其染毒之狀已退而傷口已生肉芽之後,始用再截斷術,若有必需可兼除掌骨之頭.

四指及其掌骨截斷術 有時宜用此術,須由掌前後二面剖開等長之短瓣,於四指之腕掌關節截斷,殘肢端雖僅留腕骨及拇指亦頗有用.

拇指截斷術 Amputation of the Thumb. 若非必需不可行此術,因無拇指則手之作用必甚欠缺,故截去愈少愈妙,以便握持物品. 截拇指骨任何法均可,須備一長足蓋骨之瓣,且宜少除去有用之組織. 若宜另截斷拇指掌骨,其術有二:

(甲) 球拍形截斷術(第四百九十圖 C),割口由伸拇長短二肌間之凹處(卽拇掌骨後面之底)而起,沿拇指背向掌骨頭,遂至拇食兩指間之蹼處,(其拇宜外展),彎過拇掌面,循其斜紋至拇背而止. 手術之他級與截斷指同. 開關節時須小心使刀迫近掌骨,以免於掌骨間處傷及橈骨動脈幹.

(乙) 掌面瓣截斷術,割口由拇食兩指間之蹼中向後過拇背至腕之掌面,即在魚際畧上處,繼以刀刃轉向外側刺過魚際肌之深面至蹼中處,由刀之入口而出,遂向拇外側割出,以成半圓而含多肌之厚瓣. 割斷其餘之軟組織,在拇之腕掌關節截斷之. 此法雖較上者畧爲美觀,然無一定之優點.

橈腕關節截斷術 Amputation through the Wrist-joint.

除因受損傷外罕用之. 取瓣依傷形而異,其要法有三:

(甲) 橢圓形截斷術,(第四百九十一圖). 其割口之最高點居背面,在橈腕關節下半吋處,最低點居掌面,在關節下二吋半處,(祗成掌面瓣). 割口在尺骨側者經豌豆骨與第五掌骨底之間,在橈骨側者經腕掌關節處. 遂解剖前瓣,再由後面開關節而截斷之. 前瓣之凸端須反扯接於背面之凹處,癒後在殘肢之後面成彎紋形瘢痕.

第四百九十一圖

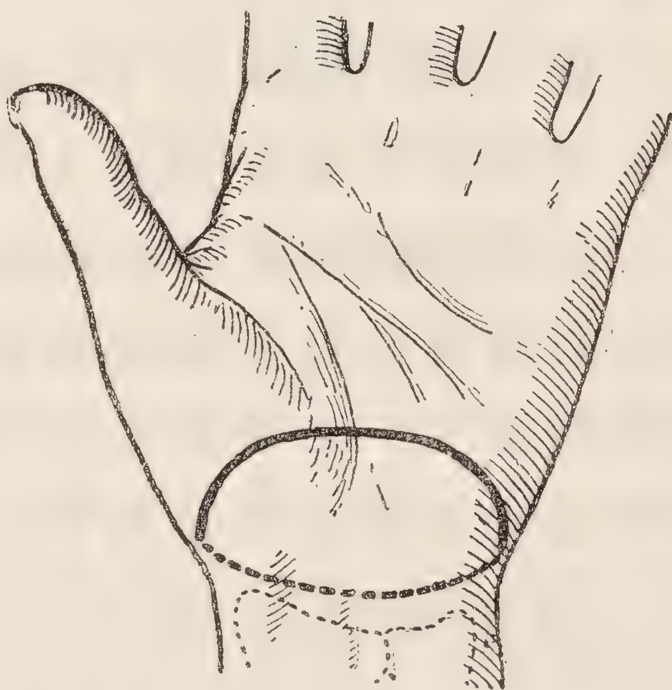


Fig. 491.—AMPUTATION AT THE WRIST BY ELLIPTICAL METHOD

橈腕關節橢圓形截斷術

(乙) 掌面長瓣術 (第四百九十圖 D). 其瓣直而方,割口之二側平行,由尺橈二骨之莖突起,直向下至掌骨中,遂橫行互連. 又於腕背面橫割一口,自橈骨莖突達至尺骨莖突. 然後剖開前瓣,使瓣賅括皮及皮下織,或兼含魚際及小魚際之肌少許. 繼由背面開關節,遂截斷屈指諸肌之腱而截除其手.

(丙) 外側瓣術,有時可用之,割口起於橈腕關節背面三分之外中二分之間,斜向下外至拇指掌骨頭,橫過拇前面,遂向上內直至橈腕關節前與背面起點相對之處. 解剖之瓣須兼含

魚際之肌若許,後將尺骨側之皮及皮下織環行斷之. 對關節截斷其手,將外側之長瓣向內翻過遮蓋割口而縫之.

前(下)臂截斷術 Amputation through the forearm, 常用瓣狀截斷法,其兩瓣宜等長使瘢痕居殘肢端之下. 須環行截斷其肌,將軟組織與骨完全分開,鋸斷其骨. 殘肢以長爲要,於前臂中下二分之間截斷之甚便. 若無法而必於上分截之者,須將伸腕屈腕及指等肌並肱橈肌各者之上段(即連肱骨之段)截除,使殘肢端爲扁形,免於屈肘時由假肢之臼內滑出. 又須謹愼將大神經牽下在上處截斷之. 手術後須設法使肘伸直並旋後.

肘關節截斷術 Disarticulation at the Elbow-joint. 此術大抵不宜用,因較在肱骨髁畧上截斷者無何優點.

上臂截斷術 Amputation through the Arm. 其法不一,下論之法均可用之,或用瓣狀截斷術及環形截斷術,或二術兼用,須按病勢而定. 肱骨之截斷處愈下愈佳,後須設法免上臂內收貼於胸旁不易展開,致與作用有礙.

肩關節截斷術 Disarticulation at the Shoulder-joint. 其要法有三:(甲)前球拍形截斷術(斯盃斯氏 Spence). (乙)外側球拍形截斷術(拉瑞氏 Larrey). (丙)外側瓣術. 施此三術時不能用壓脈器,副手宜以指壓鎖骨下動脈第三段,大動脈必先縛而後斷之,小動脈隨切斷隨以鉗夾之可也.

(甲)前球拍形截斷術(第四百九十三圖). 施術者立在病肢外側,割口之初段與截除肩關節者同,即由喙突與肩峯間之中點向下而畧外切過三角肌達至骨,(此時若有必需可開關節診查之). 遂由割口下端斜向內下橫過腋皺襞,至上臂後,復轉往外,再向前上至原割口下端成球拍形口. 解剖其皮瓣約一吋許,後斜斷內側之肌,三角肌之一份,胸大肌,喙肱肌,肱二

第四百九十二圖

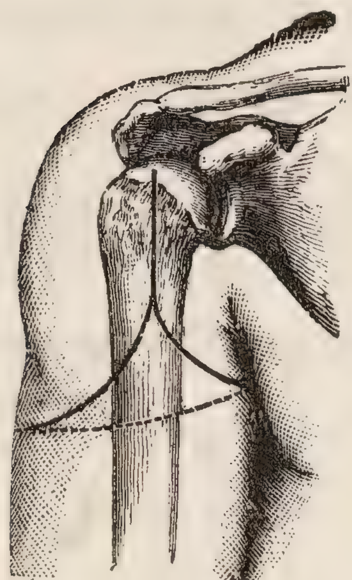


Fig. 492.—DISARTICULATION AT THE SHOULDER-JOINT BY ANTERIOR RACQUET OPERATION

肩關節前球拍形截斷術

第四百九十三圖

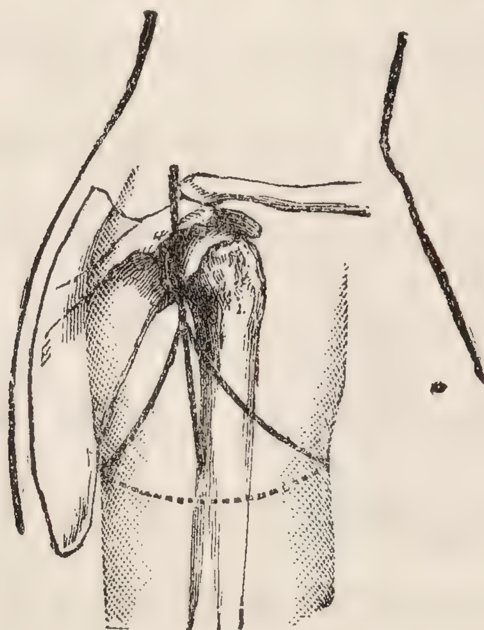


Fig. 493.—DISARTICULATION AT THE SHOULDER-JOINT BY THE EXTERNAL RACQUET OPERATION

肩關節外球拍形截斷術

頭肌等,以露出大血管及神經,將大血管縛妥,將神經分離牽下割斷之,(或暫留之亦可). 將割口外側軟組織由骨解離,切斷關節囊之外半,及麗於肱骨大結節之肌,與肱二頭肌之長腱. 繼切斷關節囊內半及肩胛下肌,以釋放肱骨頭,遂牽外側瓣向後將其頭由盂露出,而切斷關節囊後段. 後將刀置於肱骨與腋血管之間割向下,遂向內側截斷所餘之各件(或有腋血管神經等). 若刀貼近骨,則不致傷及旋肱骨後動脈. (乙)外球拍形截斷術(第四百九十三圖),此術與前頗似,惟割口由肩峯之外側起,直向下,長約六吋. 在肩峯下三吋處復割一口,斜向下後,繼向內前橫繞肱,又向外上歸於原處. 將豎割口之前後組織由骨解離,從大結節上橫割其肌以開肩關節,遂由肱骨頭內側向下將軟組織由骨解離,與上術同. (丙)外側瓣術又名三角肌瓣術,今罕用之. 可施刺穿術或解剖術以備U字形之瓣. 瓣底居上,由喙突起至肩峯根止,瓣下緣居肱外側在肩峯下四五吋處. 又在肱之內側卽腋之下二吋處將皮割一橫口,此口之二端與瓣之割口相連接. 其餘者與上法同.

肩胛胸間截斷術 Interscapulo-thoracic Amputation. (第四百九十四圖).有時因生惡性瘤(肉腫瘤居多)或損傷,須截除上肢並肩胛骨及鎖骨外半,用栢格氏 Berger 術爲妙. 先沿鎖骨割一口鋸除其中份,齊首肋外緣處將鎖骨下動脈及靜脈各縛二線,於二線之間割斷之. 剖前瓣自原割口中點向外,繼下彎過腋前皺襞,又向後至肩胛下角,順割口切斷胸大小肌以露臂神經叢,叢之神經須齊血管端而斷之. 繼循前鋸肌之外面解剖腋部. 又將肢旋向內,且內收至胸前,並使病者臥於手術檯邊,以便割後面之口. 此口起於沿鎖骨割口之外端,向後直至肩胛下角,先解剖其瓣,後將連肩胛於軀幹之諸肌,如斜方,肩胛舌骨,提肩胛,大小菱形,前鋸等肌,一一截斷. 截斷處須附近肩胛骨,然若係惡性瘤自不宜過近. 其餘之組織須截斷,而後除其肢. 生瘤者血管自多,宜將動脈靜脈一一縛妥. 損傷者不然,除肩胛後及肩胛上之血管外,其他皆小而易縛. 施此重大手術自難免休克,然其結局常滿意.

第四百九十四圖



Fig. 494.—INCISIONS FOR THE INTERSCAPULO-THORACIC AMPUTATION

肩胛胸間截斷術之割口

下肢截斷術 AMPUTATIONS OF THE LOWER EXTREMITY

趾截斷術 Amputation of the Toes. 在蹠趾關節截斷足趾之術與截斷手指無異,惟須記趾間之蹼較近趾尖,即居蹠趾關節與趾尖之中點,故割口之起點勿偏向前. 再者除四趾而留其一不及將五趾並除,因單獨趾易偏而不便利,單獨之蹞亦然蹠骨之頭若非不得已須保留之,以免足不穩當.

第四百九十五圖

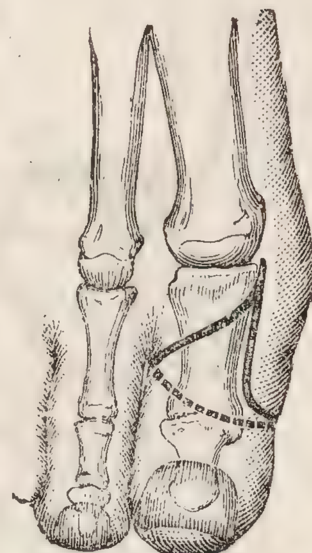


Fig. 495.—FARABOEUF'S AMPUTATION OF THE GREAT TOE

法拉孛弗氏蹘趾截斷術

蹘截斷術 Amputation of the Great Toe. 宜用法拉孛弗 Faraboeuf 氏術(第四百九十五圖),割口居伸肌腱之內側略遠,由第一蹠骨頭起,向前幾至趾中節,再向內後彎過蹘下面,至蹘及第二趾間蹼之中點,而還於原處. 繼將割口割深截斷肌腱,剖開關節而除去蹘,則見內側瓣可扯過以蓋蹠骨之頭. 縫合之式爲正角形,至後其瘢痕不致受壓.

跗蹠關節截斷蹘術頗不佳,因脚失第一蹠骨頭(此爲脚三倚點之一,他二倚點乃足跟及第五蹠骨頭),故非不得已不可施行. 其法用球拍形割口或由足之內側備一瓣.

五趾截斷術 間因劇烈之空足病 Pes cavus 用之,須剖上下二瓣截斷其趾,遂將兩瓣蓋諸蹠骨頭而縫合.

跗蹠關節截斷術 Amputation at the tarsometatarsal articulation. 其術有二,卽李司方氏術 Lisfranc 及黑氏 Hey 術. (甲)李司方氏術 Lisfranc's amputation (第四百九十六圖),此究爲關節截斷術,因不截斷骨也. 法令病者仰臥,升高其足而伸出手術檯外.

若爲右足當備背面畧凸出之瓣,由第五蹠骨後突之外側起,往前內稍彎,至第一蹠骨底之內側. 足底之瓣較長,其起止二端與背瓣同,向前伸至趾之底處,其瓣之內側較長於外側. 若係左足其剖瓣之式亦同,惟起止處反是,剖足底瓣時助手宜將其趾伸向上,瓣之前一时只帶皮下織,後份並帶足底各組織,須剖至露出腓骨長肌腱乃止. 遂由背面開跗蹠關節,須隨關節之式行之,(第四百九十七圖),自第五蹠骨底之後起,向前內至第二蹠骨底之外側止,(此骨之底向後伸出於第一第三楔骨

第四百九十六圖



Fig. 496.—INCISIONS FOR LISFRANC'S AMPUTATION

李司方氏跗蹠關節截斷術之割口

第四百九十七圖

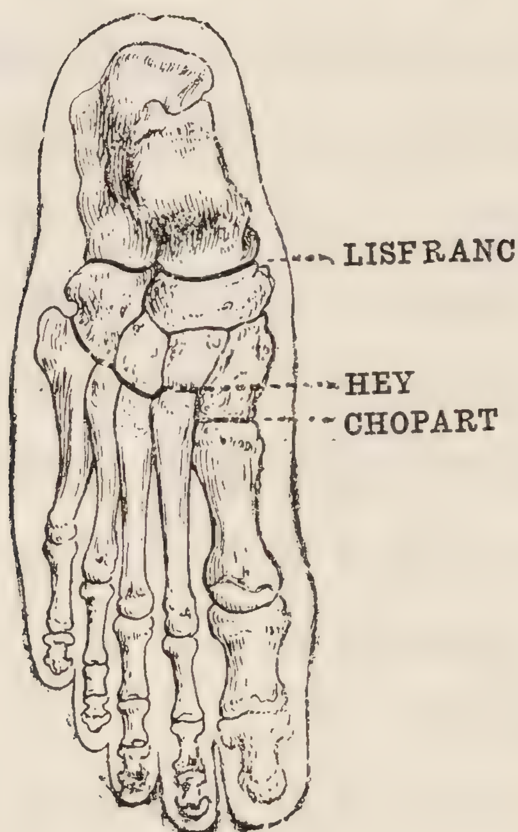


Fig. 497.—SKELETON OF FOOT SHOWING LEVEL OF VARIOUS AMPUTATIONS

足骨骼顯示足之種種截斷處

之間). 繼開第一蹠及第一楔骨關節,且斷第二楔骨與第二蹠關節背面之靭帶,再以刀刺入第一二蹠骨之間向後割斷第二蹠骨與第一楔骨間之靭帶,乃以左手壓下其趾,而斷背面其餘之靭帶,於是足之前半除去矣,(有先畫足底之瓣遂剖背面之瓣而開關節者).

(乙) 黑氏術 Hey's Amputation. 此術與上同,惟宜鋸斷第一楔骨與第二楔骨齊,(第四百九十七圖),此法較上者畧佳. 另有司愷氏 Skey 法,切開外側三關節之後卽將第二蹠骨底鋸斷而存留之,但第一楔骨之凸處仍須鋸斷與上同.

跗骨中截斷術 Mid-tarsal Amputation. (勺帕氏 Chopart 法) 此術畧與李氏術同,截斷線在跟骰二骨間並距舟二骨間,足底瓣在內側起於舟骨粗隆之後,向前至離蹋趾根一吋遠處遂橫割向外側,再向後至第五蹠骨底後突與外踝間之中點止,(卽

對跟骰關節). 瓣之內側緣宜長於外側緣一吋,解剖足底瓣須含諸肌纖等件. 背面之割口畧向前凸出,由背面切開內側之距舟關節及外側之跟骰關節而截除之. 縛出血之血管,將足底瓣牽上縫合於背瓣. (有先由足背開關節而後剖足底瓣者).

此術有時不甚佳,因足弓前半截去,後半遂無可撑持,故距骨頭向下轉而被壓致殘肢端前半作痛,且跟骨被跟腱提上.

大抵不用此術而用賽默氏 Syme 術(見下文)代之爲佳. 或有先施此手術而後除去距骨者,亦有用替撇氏 Tripier 術以免上述之畸形者,卽在足外側割一球拍形口向後達到跟腱之前緣,遂於跗骨中截斷,復在齊跟骨載距突處水平行鋸跟骨,使殘骨之底闊而不易傾向前. 有時雖未用何改良法而勺帕氏截斷術仍爲滿意.

更有妙術,乃留舟骨而鋸斷骰骨,使兩骨前面平齊. 剖皮瓣仍與跗骨中截斷術同,惟殘肢更長較易管理,並未割斷脛骨後肌之附麗,且腓骨長肌之腱可妥縫於骨,則足內外旋之作用大抵仍存.

距骨下截斷術 Subastragaloid Amputation. 若損傷未至距骨或可施此術,然頗不滿意應勿用,因殘肢過長難接假足也.

足截斷術 Amputation of the foot. 其術有二. (甲) 賽默氏術 Syme's amputation, (乃於踝關節截斷並截除內外二踝及脛骨之關節面), 此爲近踝關節截斷術中之最佳者. 令病者仰臥,升高其足使伸出手術檯之外,施術者立於脚底前或畧向右,先舉足以減其血,宜用短柄而堅銳之刀. 若爲右足,則由外踝尖(第四百九十八圖 A) 直割向下,横過足底至內側,距內踝後下半吋. 若係左足,則由內側割至外側,宜略偏向後以免跟瓣成桶形而積液. 初割其口須深至骨,遂解剖跟瓣,醫士以左拇

第四百九十八圖

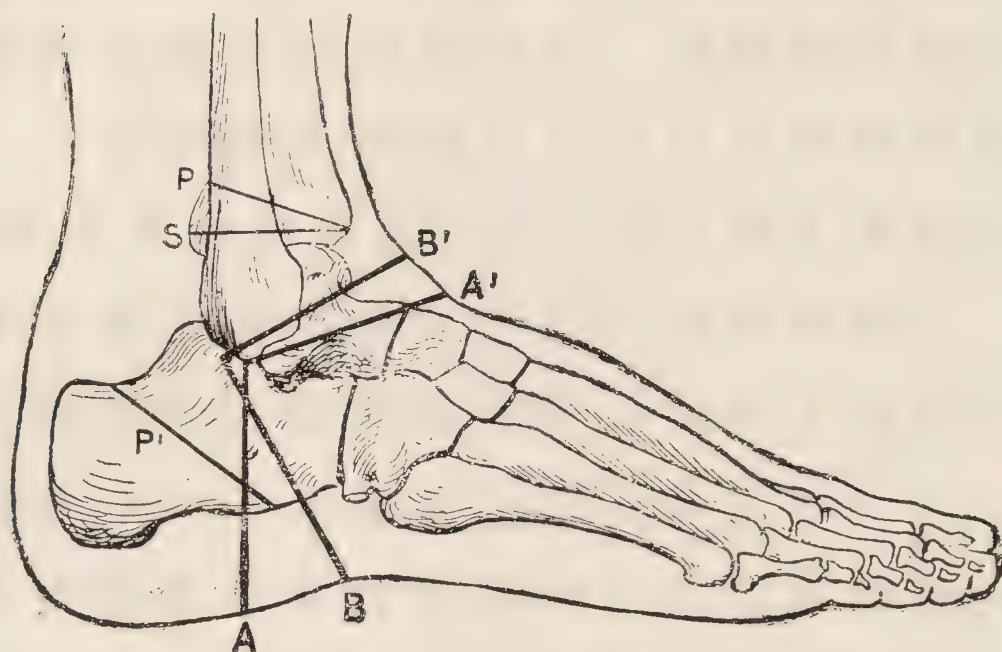


Fig. 498.—LINES OF INCISIONS IN BONES AND SOFT PARTS IN SYME'S AND PIROGOFF'S AMPUTATIONS

賽默氏及披羅氏截斷術割口之線

A A' 賽默氏之割口　　B B' 披羅氏之割口

S. 賽默氏鋸斷脛腓二骨之處

P. 披羅氏鋸斷脛腓二骨之處

P' 披羅氏鋸斷跟骨處

將瓣壓下,以刀將骨下及骨後之軟組織自跟骨下後漸漸剝開. 此或頗費手續,因刀刃宜貼骨,以免損傷跟瓣之滋養血管,(如跟內外動脈).

遂在背面割一短而略凸出之瓣,卽由外踝尖之割口彎過足背(A),至內踝下半吋,將瓣向上分開,而開踝關節,(關節居內踝尖上半吋),截斷關節內外二側並後面之靭帶及跟腱等,則可除去其足,將跟瓣移開,以便鋸脛腓二骨之下端(S). 縛其大血管等,牽下神經及肌腱而斷之. 縫合割口,並於割口之一角設引流.

又有簡捷之法,卽先割上下二口,剖背瓣而開其關節,遂從上將跟骨由跟瓣解剖割除,(刀刃須緊貼骨面).

賽默氏術之優點,卽腿幾與原先同長,且觸地之皮瓣已習慣受壓,則行動無碍. 若病在跗骨此術甚佳,因滑膜常受累而保守的手術大抵不妥,非施一斷根術不可.

(乙) 披羅氏術 Pirogoff's amputation. (第四百九十八圖).此術乃鋸斷跟骨之前上份,將後份接連脛腓二骨已除關節面之下端. 割瓣之法與賽默氏術相似,惟跟瓣稍向前,與背瓣割口成正角(B B'). 跟骨及脛腓二骨之鋸面見圖 P P', 後將該骨

用線縫合,使跟骨與脛腓骨下端連妥. 此術之劣點與距骨下截斷術同,因殘肢過長不便於接假足故不應施用.

小腿截斷術 Amputation of the Leg. 於中段截斷之爲妙,因可保全其槓桿之作用,此處以下者則恐瓣之血循環不足,以上(脛骨粗隆下)者則有礙於小腿槓桿性之作用. 昔時用脛骨粗隆下截斷術之目的,僅爲備接柱形假肢,使病者之屈膝居假肢上之凹. 小腿中截斷無論何法均可,最妙者乃割長短二瓣,長者居內前,短者居外後,使瘢痕列肢之後面. 瓣緣之一二吋爲皮所成,繼須割深致附帶各層之肌. 鋸骨時宜先鋸腓骨,且宜立修脛骨前緣勿使突出似角,免後穿傷其皮. 其法須先由上前斜鋸骨之前半,遂將鋸取出重行橫鋸後半.

脛骨粗隆下截斷術或名適位截斷術 Amputation of the Leg at the Site of Election. 此處可用改良之瓣環形截斷術,或法拉孛弗氏 Faraboeuf 之外側瓣術. 後者(第四百九十九圖 A C)宜先用刀畫一外側之 U 形瓣,割口之前角居粗隆畧下,而後角須低一吋半,瓣之直徑宜與小腿鋸骨處之橫徑等長. 內側割口由 U 形瓣前角下一吋半處起,橫割至瓣後角. 解剖其瓣須由前端起,以指及刀插入脛骨與其前肌之間,須斜割軟組織至骨及骨間筋膜. 脛前動脈宜留長,故將瓣由骨間筋膜分開不宜太高,恐於骨間處傷此動脈幹也. 若傷之,則厚大之瓣難活.

第四百九十九圖

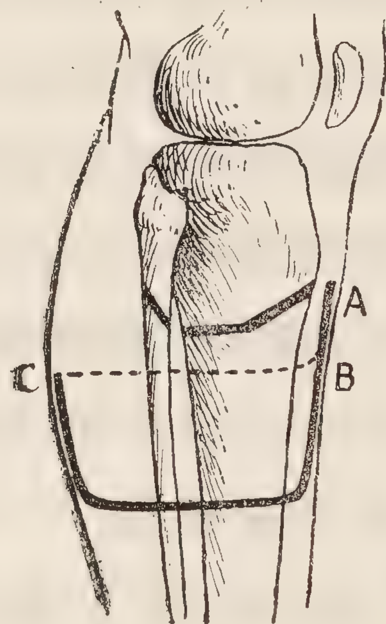


Fig. 499.—FARABOEUF'S AMPUTATION AT THE SITE OF ELECTION, A HAND'S BREADTH BELOW THE KNEE

法氏膝關節下一掌徑遠截斷術

至於內側之組織,可刺穿而截斷,或環截斷之. 後露出骨與骨間筋膜而按上法鋸斷其骨.

膝關節截斷術 Disarticulation at Knee-joint. 此術頗有價值,病者之膝可任身之重量,然後所接之假肢略粗,因其合頁列於肢之兩側也. 其法有二: (甲) 內外兩瓣等長術,即斯氏之術 Stephen Smith (第五百圖 2), 須剖內外二割口,由脛骨粗隆下起,彎向後至膕中平膝關節處. 內瓣宜略長於外瓣,因股骨之內踝較大故也. 解剖其瓣須帶淺深二筋膜,將瓣翻上似捲袖,切斷髕靱帶,將刀循脛骨上緣割斷膝環靱帶 coronary lig. 使脛骨與二半月板分離. 將膝關節周圍之肌並腱橫割斷,關節內之二叉靱帶亦然. 終將二瓣向上移開,橫割關節後面之軟件,縛膕血管,縫合兩瓣於中線. 瘉後瘢痕向後縮於內外踝之間,至行走時不受壓,且股骨下端被蓋最妥. 然此術不盡完善,因關節滑膜上段未除去,至後或被假肢所壓,則受激刺而積液. (乙) 長前瓣術,髕骨之割除與否可按病勢而定,後瓣宜短,須往上解剖之以便橫行切斷肌與血管.

第五百圖

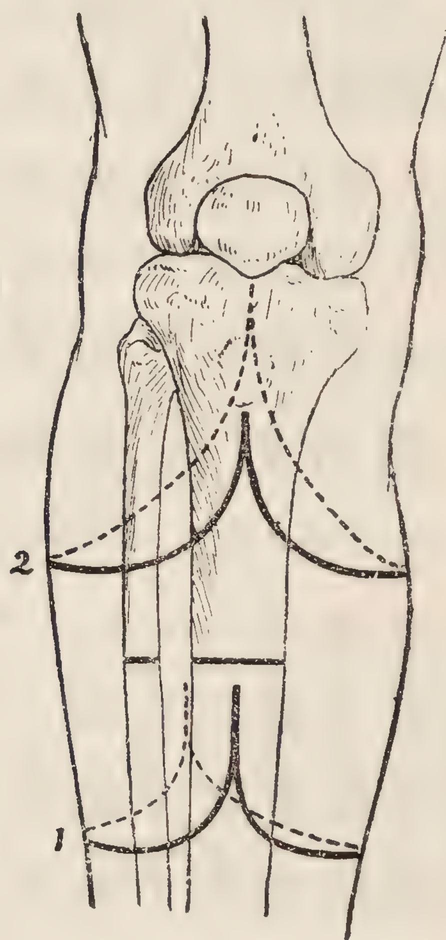


Fig. 500—1. AMPUTATION OF THE LEG BY LATERAL FLAPS; 2. STEPHEN SMITH'S AMPUTATION THROUGH THE KNEE JOINT

1 小腿兩側瓣截斷術
2 斯氏膝關節兩側瓣截斷術

股骨髁上截斷術 Supracondyloid Amputation of Thigh. 此術於膝關節損傷或患病者常用之甚佳,然殘肢略難接人工之膝關節. 其術有四; (甲) 卡登氏術 Carden's 之畧改良者,頗有效 (第五百零一圖 A). 前瓣之二端由內外髁最凸處起,割口向下彎過髕與脛骨粗隆間之中點,瓣宜由髕前剖至髕上緣止

第五百零一圖

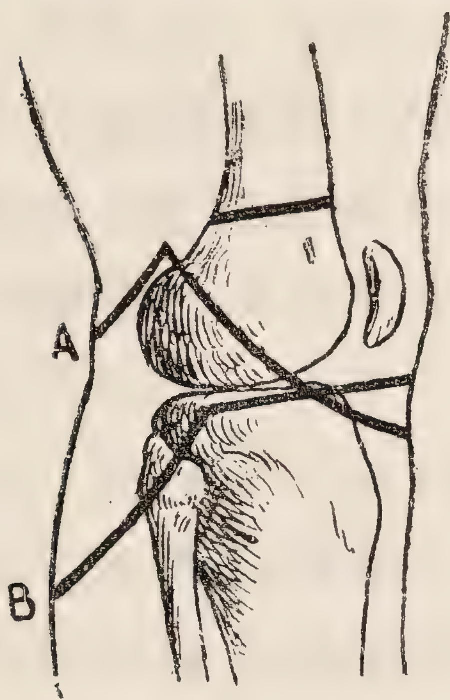
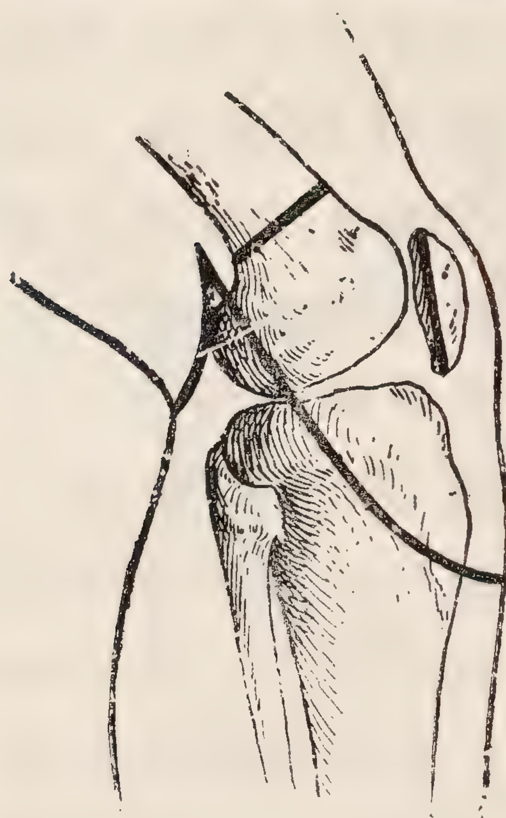


Fig. 501—SUPRACONDYLOID AMPUTATION A. CARDEN'S OPERATION B. LISTER'S OPERATION

股骨髁上截斷術

A 卡登氏術　B 李司忒氏術

第五百零二圖



Eig. 502—STOKES-GRITTI AMPUTATION

斯托格替二氏術

後瓣較短,(卡登氏術之後面割口爲橫形),遂在髕上割一橫口以開膝關節,輒屈小腿而截斷二側之靭帶及二叉靭帶. 由外向內截膕旁之肌及膕處之他組織而斷其腿,後牽開肌於股骨髁略上鋸斷之. (乙) 李司忒氏術 Lister (第五百零一圖 B),在肢前齊脛骨粗隆上緣割一橫口. 後瓣卽由前口之兩角起,斜向下後成爲鈍角,其瓣宜帶皮及淺筋膜,解剖之而翻於上似捲袖;齊髕上緣環截肌而鋸斷股骨;如此者蓋殘肢之瓣大半由後而來. (丙) 斯托格替二氏術 Stokes-Gritti (第五百零二圖),其解剖法與卡氏術略同,惟前瓣較長且含髕骨,後瓣略短. 宜環截軟組織,而齊內收大肌之結節鋸骨,遂鋸除髕後面 (軟骨面) 之一片,將髕之餘塊置股骨下用銀線縫合. 髕骨或難配合穩妥,故斯托克氏主張在股骨幹略上處鋸斷,則配之較易. (丁) 長後瓣術,若膝前之組織已因病而不爽健,或因關節已截除而長瘢痕,或因他損傷,則可用後瓣術. 瓣只帶皮及淺筋膜,遂於

前面之病處或瘻以上割一橫口,並鋸去股骨下端,環形截斷後面之肌及血管等,此殘肢常便於行走.

股骨截斷術 Amputation of the Thigh. 大抵用李司忒氏改良之瓣環形截斷術爲妙,(第四百八十五六兩圖).然循截斷總理而用他法亦可. 股骨之殘段以長爲妙,使仍有槓桿之作用,便於帶假肢.

髖關節截斷術 Amputation through the Hip-joint. 此術頗有危險,宜設法防免出血,且防免休克. 若非必需,勿露出其身體,以免失體溫. 頭宜較低. 手術時勿過促以免有不妥之處,亦不可過於延緩免病者休克加劇. 防出血最妙之法,乃先縛大血管而後斷之,小血管則隨割隨夾,如此者或僅出血數兩. 另有紐約外科家外頁氏 Wyeth 術,卽將橡皮止血帶在近盆處束緊股上端,又插二長鋼針通股上端使止血帶不至滑下. 先將肢舉高以減其血,或用厄斯馬氏繃帶由下向上壓之. 其針長十吋(25 cm), 粗十六分之三吋(0 5 cm). 一針在外側刺入髂前上棘下四分之一吋,(且略在棘之內側),向後穿髖外側之淺肌及筋膜約三吋,後則穿出皮外與插入處齊. 一針在內側刺入內收長肌起端之腱在會陰下半吋處,後則穿出坐骨結節下一吋處. 宜用軟木蓋護針尖防施術者之手受損傷. 二針均無損傷血管之弊;遂用方四吋厚二吋之紗墊墊在股動脈過盆上緣處. 取橡皮管(粗半寸長足圍股五六週者)於二針上處緊束股根而定妥. 如此則斷其肢而血不多出.

截斷之法昔多用刺穿術以成前後二瓣,此術之優點在少費時間. 今則常用較妥之法代之,如外側球拍形或前球拍形之截斷術.

外側球拍形割口術(第五百零三圖左腿),此術有多數外科家贊成之,而弗諾約但 Furneaux Jordan 氏尤然. 施術者立在

病肢之外側,病者之骨盆宜置於手術檯邊.手術之要點,乃在小粗隆下環行截斷軟組織深至骨幹.且在外側對於大粗隆割一長豎口以便截除股骨頭.最便之法,卽在距大粗隆下五六吋處環割其皮及皮下織,向上解剖二三吋,環斷其肌,鋸斷股骨.再由肢外側割六至八吋長之口,深達至骨,解剖股骨前後二面之組織.遂循大粗隆之邊將旋股之肌截斷.以獅口鉗夾股骨端屈

第五百零三圖

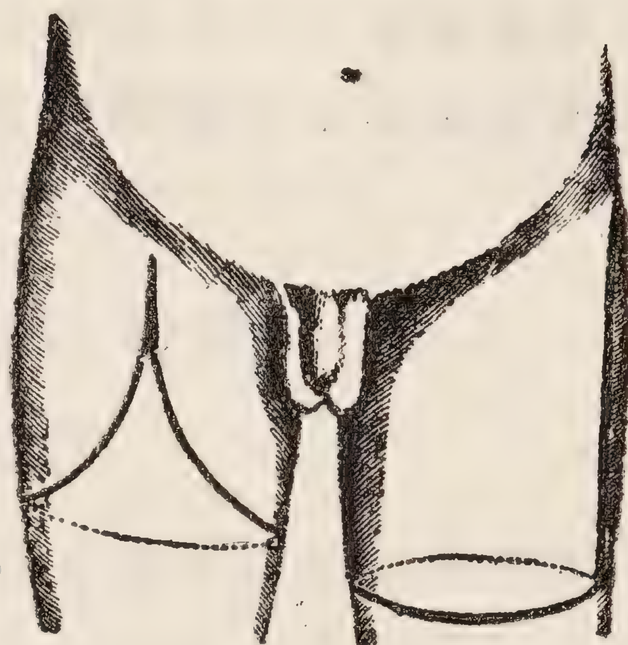


Fig. 503—AMPUTATION THROUGH THE HIP-JOINT. ON THE LEFT LEG FURNEAUX JORDAN'S METHOD IS INDICATED, ON THE RIGHT LEG THE FLAPS REQUIRED FOR THE ANTERIOR RACQUET OPERATION ARE SHOWN

髖關節截斷術

之而旋向內,開髖關節囊之後段.繼旋向外截斷關節囊之前段,及髂腰肌之止端.遂以刀尖插入髖臼截斷圓韌帶,則可除去股骨頭.此術之優點,乃割口遠離外生殖器及會陰處,故受染之危險較小.

前球拍形割口術(第五百零三圖),此術於病者之大多數收效較美.割口起於腹股溝韌帶之中點,向下三四吋,循大血管以露出其鞘.動靜二脈各宜以雙線縛妥而斷之.隨卽斜割向下內,至距會陰下四五吋處,輒彎向後至外側,距大粗隆下三四吋則斜向前上仍還於原處.遂截斷外側瓣之肌等,並將旋股外側動脈等以鉗夾住.旋肢向內,而斷臀大肌及附麗大粗隆諸肌之止端.再旋肢向外,截斷內側瓣之肌,並夾住旋股內側動脈,橫割關節囊將股骨頭撬出.終將肢用力外旋,遂由內側向外側橫斷後面之軟件(坐骨神經血管等在內).割口縫合後成前後排列之式.

如是截斷(或齊大粗隆截斷)之後,皆須細心製皮殼以接殘肢及骨盆,殼上有皮帶懸於對側之肩上,殼下有人工杵臼關節以連假肢,關節有鎖便於活動或定妥,如此則得頗良之結局.

第四十五章

麻術又名失知覺術

ANESTHESIA

自來外科醫士皆極力設法以免除病者痛苦,然從前所設之法無何果效. 至十八世紀始確有進步,一千七百九十九年達斐氏 Sir Humphrey Davy 主張用一氯化氰(笑氣)以使受手術者失知覺,當時因製備是藥不純無甚功效,故未通行,歷若干年後醫士始常用之. 一千八百四十六年龍氏 Long 及摩氏 Morton 在美國發明醚之功效,一千八百四十七年森孫氏 Sir James Simpson 在蘇格蘭之厄丁布耳 Edinburgh 發明哥羅芳之功效,遂使外科界成一新時代. 此二藥未發明以前,手術尚少,旣發明後則手術之數大增. 近今之外科家,其知識與經驗所以有大進步者,因常用此二麻醉劑而得其資助也. 昔日無此二藥時施行手術可知其難殊甚. 今之外科士施用麻醉劑,幾於在病者之全身各處皆能施手術,迥不同於昔日,因昔日施手術以迅速爲妙,始能減病者之痛,今則以精細妥適爲手術之目的也.

使人麻木之法不一. (一) 暫癱感覺神經之末梢,即施於手術之處,用冷却(凍)法,或將麻劑敷於組織面或注射其內皆可.(名局部麻法 local anesthesia). (二) 暫阻病處神經傳感之作用,乃用麻劑注射神經內,或於其周圍;(名脊髓麻法及部位麻法, spinal & regional anesthesia). 用上二法病者仍省人事,用下二法,則病者昏迷矣. (三) 用揮發性藥,使人由口鼻吸入,(名吸入麻法 inhalation anesthesia). (四) 將揮發性藥,注射靜脈或直腸內.

局部痲法 LOCAL ANESTHESIA

此法常用於短時之小手術,或施大手術而病者不能受全身痲醉劑者亦可用之. 究之大抵不問何大手術均能藉局部痲法施行. 外科士若無有經驗施痲醉法家此法頗有價値. 昔日多用之痲劑爲鹽化科卡印 cocaine, 乃由古柯樹之乾葉而得. 此藥頗有毒性,故先用挪復卡印 novocaine 爲皮下注射劑以代之. 然仍用鹽化科卡印以敷鼻眼尿道及喉等粘膜,因於此等處功效較大也. 敷於眼之結合膜,須用 3—4% 溶液已足. 用於鼻或鼻咽須用 5—10% 溶液,細心免病者誤將此溶液嚥下. 若用於膀胱則劑量較大,須將溶液稀釋至 0.1—0.5%. 常兼用腎上腺素 1—1000 溶液,以奏收縮血管之功效. 惟發炎之組織不受藥之痲效. 若用痲劑敷粘膜,歷五分至十分鐘其效卽顯,且效存五至十分. 若欲使皮膚或較深之組織顯痲效,必以空針注射挪復卡印. 注射時空針宜循所欲割之口,且注射之處須均勻而列. 身體有數處或能用法阻其血循環,以免藥吸收於周身,卽如莖或手或足施手術時,亦可用橡皮帶緊縛莖根或指趾之根.

浸潤痲法 Infiltration anaesthesia. 今多以挪復卡印兼腎上腺素而施行之,所用之法乃博氏 Braun 所發明,卽用多量之挪復卡印 0.5% 溶液注射於皮並皮下及深組織以浸潤之. 迄切開組織後若有必需可再注射之. 近今可於藥行購此藥之片劑,置於水內加熱沸之以滅細菌,後用當量鹽液稀釋之. 曾有注射 250 c.c. 而不見中毒狀者.

冷却性局部痲法 卽用冰加鹽化鈉敷病處,或用醚或鹽化醚 ethyl chlorid 以噴霧器噴之皆可. 此種鹽化醚近來售者皆貯於合宜之小玻管或金類管內,管有一細小之嘴,當欲痲某處

時可手握此管,藥卽噴出而射於該處之皮上,則揮發甚速,故皮受冷却而色白. 此法所得之痲效存時不久,且冷却解時或畧覺痛,但其痛較用醚後之冷却解時者輕.

近來有醫士以奎寧與尿素製成1%之溶液(化學名爲氯化錏基炭化奎寧 quinine hydrochlor-carbamide)用之,毫無毒力,但或致組織滲出多量之液.

部位痲法或名傳導痲法 REGIONAL ANESTHESIA

此法乃注射挪復卡印0.5%溶液於司理某處之神經幹或於其鞘或其周圍,使失傳導之機能,則該處失知覺矣. 欲得此法之裨益,須明悉該處神經之部位及其分布,(且須知神經幹於何處由深筋膜透出). 若係大神經幹所用之溶液或須畧濃,且注射後須待十五至二十分鐘方可施手術.

脊髓痲術 Spinal anesthesia. 此術乃將痲劑注射於脊髓膜內,該劑卽行功於神經根而使其所分布之部位失知覺也. 近今所常用者乃斯妥乏印 stovain, 此劑藥行內有備成已消毒之溶液,貯於壺腹玻管內,每管內有斯妥乏印及葡糖各0.1克無菌水2 c.c., 每管內三分之二乃爲最常用之劑量也.

此術之技藝甚爲簡單,售外科器具者常備有大小各等之射針及水喞一枚. 此器具消毒時不可用鹼性劑等,因其能令斯妥乏印分解而失效力也. 宜先使病者之背潔淨無毒,令其坐而脊柱前曲,或曲身側臥,此等體式甚關緊要,因能展開脊椎後之間處也. 最常選擇之注射區,乃第三四腰椎棘突間隙,卽與二髂嵴之頂相平,(第五百零四圖). 倘病人畏痛,先以氯化醚冷却之,後再以針由脊正中線刺入,刺針之方向宜直或畧向上. 有由距脊正中線三分一吋處刺針者,如此其針須畧向正中線而行. 若刺法適宜,針至黃靭帶時則必覺有抵力,至硬脊

第五百零四圖

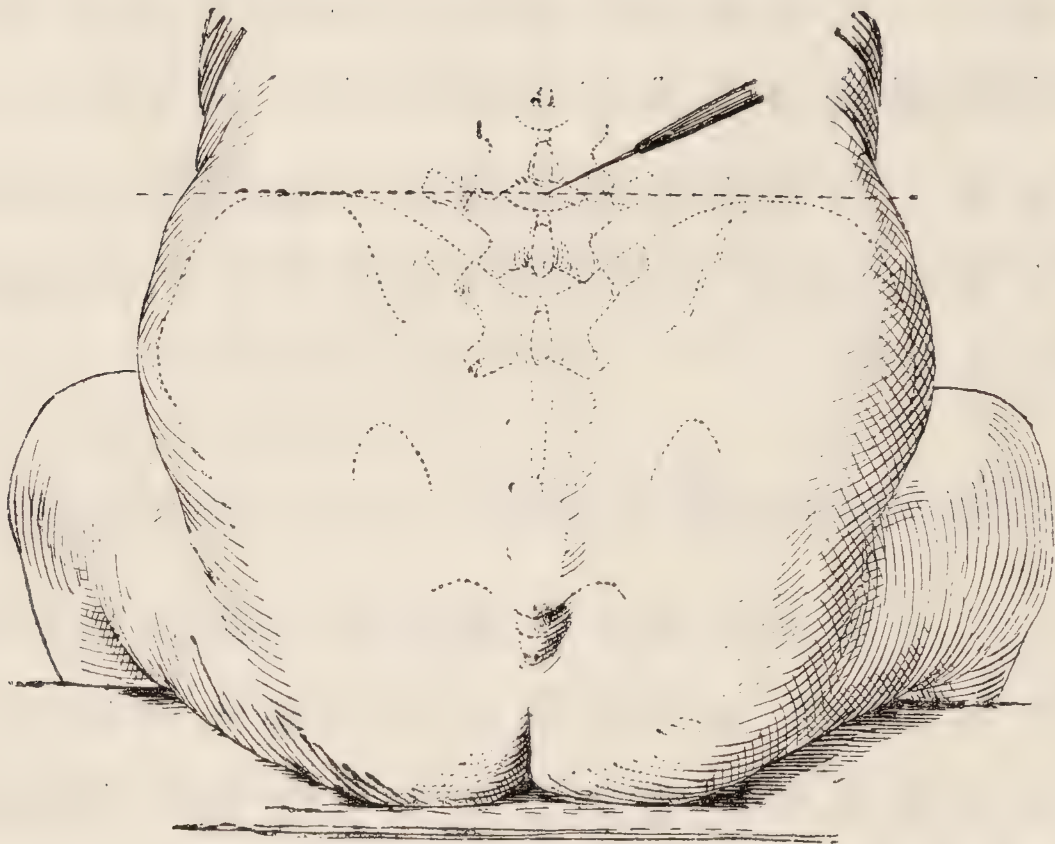


Fig. 504.—DIAGRAM OF PATIENT'S BACK IN THE SITTING POSTURE AND SITE OF INJECTION FOR INDUCING SPINAL ANESTHESIA
The pointer merely indicates the *site* of injection and *not* the direction in which the needle must be inserted

脊髓痲術,病者之坐式.其針乃指刺處,非刺時之方向.

膜時則又覺有抵力. 若刺入適當則必有腦脊液流出,初流者畧帶血色,容其液流出一二錢,(如此放液,醫士尙未悉其是否爲必需或有益). 後乃射入痲劑射畢卽將針拔出. 若刺針時偶觸於骨,莫妙於將針拔出另擇新處刺之,(仍刺該脊椎間處或其上或其下皆可). 約經五至十二分鐘痲效卽顯,則痲劑之溶液卽固定,可隨意改變病者之姿式. 手術時及手術後須平臥或頭畧低,以免血壓減而昏厥. 注射前可將嗎啡並阿刀平注射皮下,或另將莨菪素注射皮下. 且手術時可用笑氣並氯或用小劑之醚以使昏迷. 痲效常先顯於會陰,後顯於足,漸次顯於身之下段,或向上至臍處或略過臍. 肌或完全癱或略癱,反應之能亦然,惟觸覺仍存. 間有痛覺仍不失者,其故今尙未悉. 若用之而得正效,於施手術時則病者安臥,肌肉鬆弛,

或能吸煙談話閱報等如常. 經用此藥不必禁忌飲食,但有於當日或翌日略覺頭痛者,嘔吐者少. 或有用此藥越一二年後而顯累脊髓之神經病者,但難確定其與此藥有關也.

據現在醫家所論,部位麻法之價值如下,如於臍處以下須施手術用麻醉劑不便者可施此法,然對於平常病症較麻醉法無特殊優點也. 試列其缺點如下. (一)用之或無效. (二)注射時或發痛. (三)注射後一二日或有不舒之狀,(如頭痛嘔吐等). (四)以後或現繼發性神經病,此理是否未決. 總之如心肺腎等有病,或患劇烈之糖尿病,或外科士無助手,且必使肌完全鬆弛者,(如下肢骨折而欲人安穩等),用此法適宜,因用麻醉劑常有撐持不安之狀,故對於骨折此法最佳. 若病者之血壓原低,如 100 mm. 以下,無須用此法,因每用後則血壓尤減低也.

吸麻醉劑之全身麻法

GENERAL ANESTHESIA BY INHALATION

(甲)**一氯化氰**又名**笑氣** Nitrous Oxide Gas (N_2O). 此氣牙科醫士常用,且外科士於短時之手術亦用之,如開膿腫或拔趾甲等. 今知以此氣調和空氣而用之爲妙,若調和氧氣則尤妙,因麻醉效較均勻,且少危險也. 有人謂專用一氯化氰有危險.

近來有人試知,若用此氣並氧氣使病者吸之,且使其有適當之復吸,於醫士無何不便,且使病者免哥羅芳與醚之弊也. 茲舉博氏器論之,其器名施笑氣氧醚器,(見五百零五圖),爲一木箱,內置四筒,各筒含笑氣二百咖崙,另有一筒含氧氣二十立方呎,(各筒內之氣甚濃厚而壓力大),各筒上有減壓器以節制放出氣之遲速. 含氧之筒另有一壓力表,藉知筒內含氧若干.

又有一玻瓶,內盛以水,瓶塞中通有二金類之管,均接以橡皮

第五百零五圖

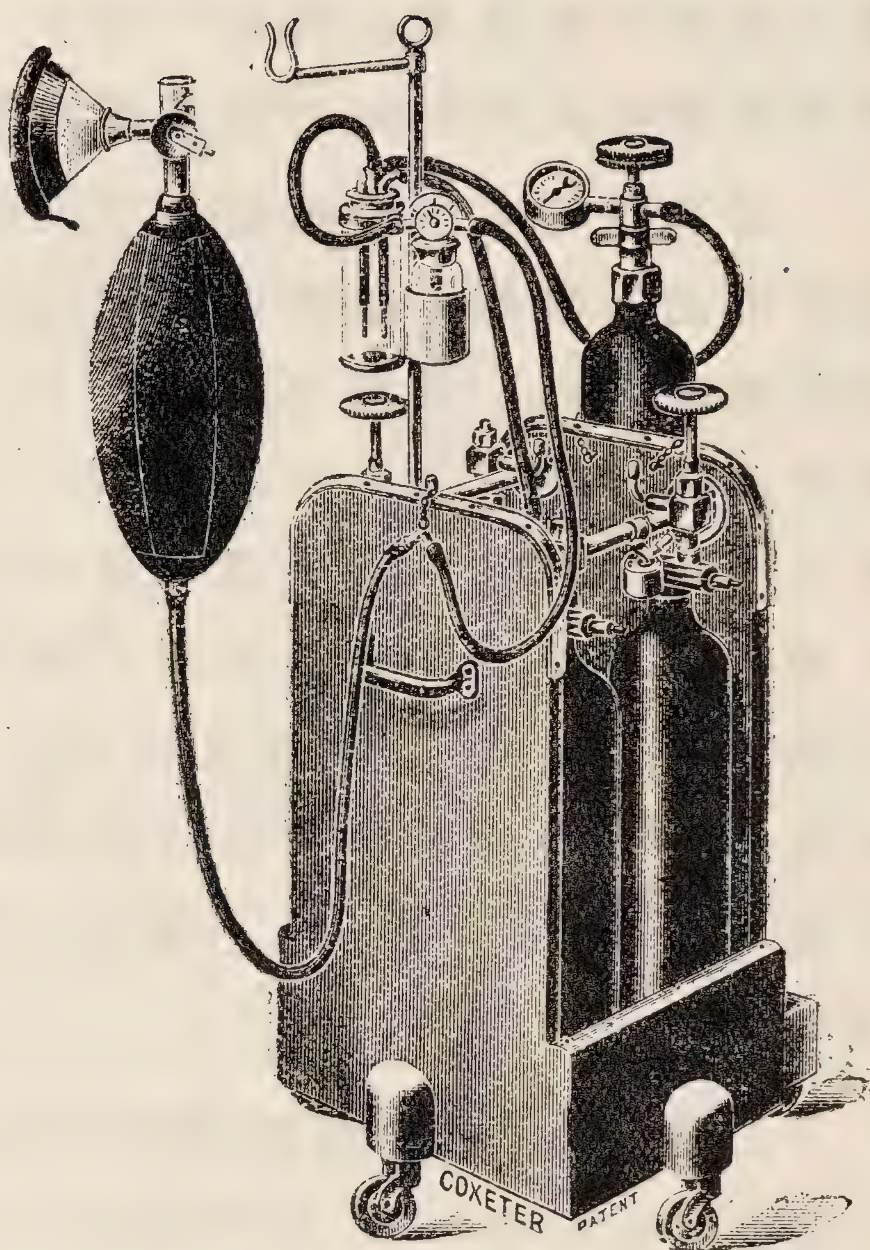


Fig. 505.—BOYLE'S GAS AND OXYGEN OUTFIT

傅氏施笑氣並氱之器具

管,一管引筒內之氱,一管引筒內之笑氣,二金類管下段傍側有多孔,使氣泡由水噴過,施痲醉士藉之能知二氣之多少. 此二種氣在瓶內水上調和,塞內猶有一管將調和之氣輸出,入一大橡皮囊,(或經過醚瓶或醚和哥羅芳瓶而後入囊). 又有一面罩,上有三杈龍頭以節制氣之出入,使病者所呼之氣或外出,或呼入囊內而復吸之.

近今有一種帶特殊塞之含醚瓶,其塞有一合頁,可隨意使藥氣由醚經過,或不入瓶而直接入囊. 含笑氣之筒下可置一小醇燈温煖之免氣凝結,且使放出之笑氣多寡一致.

未施痲醉劑前,莫善於先注射嗎啡 0.01 克($\frac{1}{6}$ 厘)並阿刀平 0.0006 克($\frac{1}{100}$ 厘),若於健壯之人可另加莨菪素 scopolamine 0.0006 克($\frac{1}{100}$ 厘),若在腹部施手術尤然. 注射時當在手術前三十至四十五分鐘.

施痲醉劑時須以一氱化氰四分氱氣一分調合之氣引入囊內,至滿容量四分之三. 面罩須緊蓋病者鼻口勿使有隙,否則外氣必吸入,則病者被激而撐持不安,致有礙於痲醉. 呼吸

數次後可復加笑氣,以減短引導麻醉之時間.(此時間內病者不舒). 未幾呼吸變深而有序,卽於三四分鐘後有自主的韻律,此爲受藥已足之據也. 麻醉至此級,可減少笑氣僅使由管之四孔而入瓶,且減少𣱵氣僅使其由管之一孔入瓶,二氣如此調和,病者可吸之若干時則情狀適宜,且可復吸囊內略含二𣱵化炭之氣. 若見嘔吐卽知其不能忍受,遂開面罩之出氣合頁使氣呼出,且須加增笑氣並𣱵氣之量. 麻醉時病者之容顏始終以正常色爲宜,任施何種麻醉法,若病者顏色變紫卽有危險.

變紫之故,大半因呼吸梗阻,而非因𣱵氣不足. 若病人非係無牙齒者,須以張口器置於上下牙之間. 若呼吸梗阻須將下頷向前提起,倘無效須用五六吋長之粗導氣筒由口插至咽部,(見五百零六圖)無論如何,若病者一顯紫色卽宜處理之. 施藥者之目的要使麻醉均勻,若待病者已受足量之麻醉劑方開始施手術,遂使藥氣之量均勻卽得平均之麻醉矣.

第五百零六圖

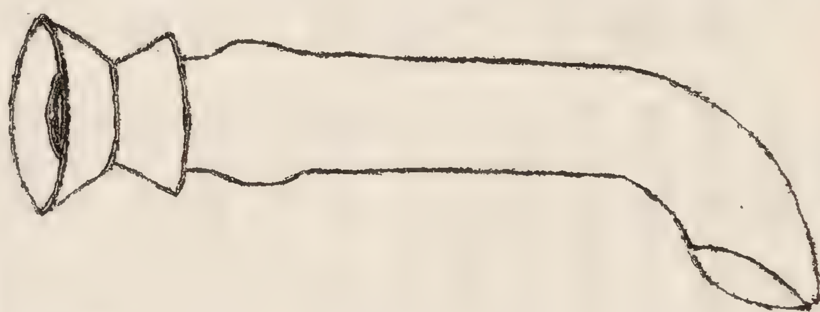


Fig. 506.—ARTIFICIAL AIRWAY

粗導氣筒

病者呼出之氣須略復吸之,實爲有益,乃爲防免外科性休克之一助也. 刮氏 Gwathmey 云藥氣入橡皮囊之量須爲呼吸氣 $\frac{1}{3}$,據余之經驗不必如是之多,最妙乃將橡皮囊充滿以氣使略緊張,遂略開出氣之合頁,令囊不致過緊亦不致過鬆. 若復吸之氣太多則吸藥時每見嘔吐,且手術後亦有惡心嘔吐等狀.

若用胡氏 Hewitt 器,施笑氣與𣱵之時間長,而不用復吸之法,既耗費藥氣,且於病人有損害,卽吸藥後有歷久不舒,身多出汗,力亦衰弱,心燥,頭痛等狀(見下文). 苟有以上合宜之復吸則無此弊,而病者之顏色亦好,體溫如常,或略升高,然不至出汗.

施手術者既開工,則施痲醉士宜愼照料病者使其狀不變,若面色將變紫或氣阻或轉動,則須畧加添氰氣. 惟有經驗者常不忽改其施藥之量,大約痲醉效已至合宜之度,卽可知宜用若干氰以保守此度. 初用此法者每加氰過多,致病者醒悟而身不安.

若痲醉不足度可加瓶內之醚哥等劑,無須加笑氣之量. 但醚哥等劑須少用之爲妙,亦可暫用之使吸八至十次以令肌有適當之弛緩,遂停止,厥後若有必需可再令吸之. 至於用痲醉劑之量病者各不一致,施藥者須按上法試施,始知何爲足使痲醉之最小劑量. 大抵需一二小時之腹部大手術,所用之醚哥合劑大約不過半至一兩. 施痲醉士宜謹愼勿使笑氣並氰連續通過醚哥合劑,免病者受過大之劑量.

吸藥後之結局 若吸一氰化氫並氰氣之時間不過長,雖未用復吸法大半無不舒之狀,或畧有嘔吐及發燥,然頭痛者少;病者醒悟較受一氰化氫並空氣者畧遲. 若用復吸法則病者以後狀況甚佳,吸後二三分鐘卽醒,嘔吐者最少. 若未兼用醚則一氰化氫立刻呼出,故無吸醚之結局,縱開始畧兼用醚亦然. 再者所用之笑氣並氰毫無毒性,故身體無排毒之困難,與哥羅芳及醚相反. 由此觀之,病人已染膿毒或身體甚弱者,用此法最宜.

劑量過大 雖所吸氰氣足使面色如常,然吸笑氣若過多則顯以下之狀,初則氣阻,次則分泌粘液過度,皮變靑白,臉上之反應全失,呼吸較淺,血壓減低,顳動脈不能捫出,脈搏略速. 如此者若仍吸之或至於死,大抵因呼吸中樞被癱所致. 治法 撤去面罩,須查呼吸道有無梗阻,若有須通之,且用人工呼吸術,施氰氣亦佳. 統各處受此藥氣之人每日共有數千餘,然因受藥而死者最少,故知施藥者若爲有經驗之熟手則危險甚小.

(乙)哥羅芳 Chloroform. 雖較醚有險,但因用法較易,故爲最普通之麻醉劑. 醫家之論此藥有二說:(一)此藥能否直接阻心.(二)險狀是否因呼吸先被阻而顯. 此二說取證甚多,故此問題今尙未决定孰是. 蘇格蘭醫家主張用哥羅芳時宜專注意於病者之呼吸,謂呼吸受阻乃最先之險兆,但有多數施麻醉劑之專家反對此說,以其過於拘執也. 彼既謂吸哥羅芳而死者先由呼吸道受阻者實居多半,然因哥羅芳直接行功於心肌而毒害之以致死者仍有若干人也. 其實吸哥羅芳時因心停止而死者亦必不少;惟吾人宜辨其係哥羅芳中毒而死,抑係吸哥羅芳時因他故而死,但非易决定耳. 人受哥羅芳過大之劑量固能阻呼吸,但早用合宜之法則不至於死. 吸哥羅芳時而心先停止致死者,其故大約在心力衰竭而不盡在麻醉劑之性質也.

近有醫士講論慢性哥羅芳中毒,小兒較多於成人,而已患劇烈之毒血病者尤多. 所顯之狀,卽吸哥羅芳約踰十二小時先顯嘔吐,所吐之物狀似肉湯,無法能止,後則貪眠睡,薄情欲,約至五日卽昏迷而死. 又或畧顯黃疸之色,口有醋酮 acetone 之臭,血及尿內亦含醋酮並雙醋酸 diacetic acid, 此二物雖多顯於吸哥羅芳後,但亦有顯於他類病者. 剖驗時最異常之狀,卽肝顯劇烈之脂肪性變,他器官或畧受累. 有一名醫以爲肝之壞變,未吸藥先或已畧有,迨吸藥後遂致甚受其激刺而大顯. 成人於手術後一二日亦有顯相似之狀者,究之其中大約有因急性敗血病而死者.

用哥羅芳之法不一,但任用何種法皆有三要理宜切記之.(一)漸次施藥,初宜薄淡.(二)漸加藥力而使勻.(三)添藥時間須均勻.

開放痲醉法 Open method. 卽將藥液滴於面罩,此爲清潔而少危險之法. 昔有李司忒氏 Lister 以潔淨而上糨之巾疊成底闊之圓錐形,以扣針扣之,可將病者鼻頦罩於其內. 但今日則多用興美氏 Schimmelbusch 面罩,其罩爲金類之空架,上面蓋絨布二層或紗布六層,先置罩距病者之鼻數吋,點點滴哥羅芳於其上,切勿直傾,待病者呼吸道耐藥之能力加增,則漸貼近臉面,頻滴藥於罩上使紗布略濕,未幾則病者之呼吸略速.

病者呼吸之緩速在藥量加增之多少,少則緩而多則速也.

第五百零七圖

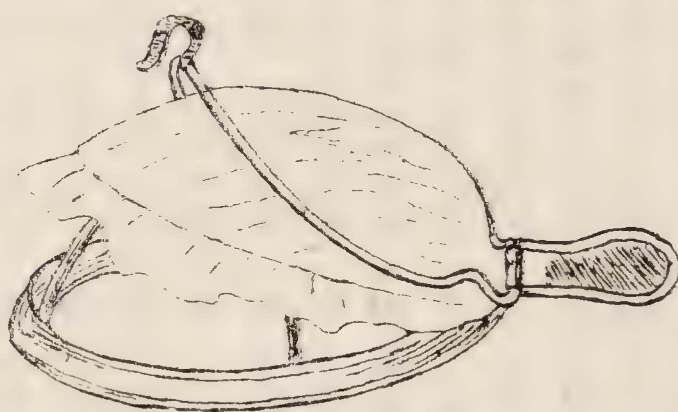


Fig. 507.—SCHIMMELBUSCH'S MASK

興美氏面罩

此時或至激發期,如歌唱,喊嚷,或撐持甚急等,則仍須愼爲加藥,過此期至病者呼吸甚深時則尤當注意,勿使其吸藥太過.

後則呼吸漸勻,瞳孔漸縮,甚至極小,且失光反應,結合膜亦失反應,至麻醉最深則角膜之反應亦失. 瞳孔縮小時則呼吸變深而勻,且略氣鼾,此名自主性 automatic 呼吸. 全身之肌鬆弛,脈搏較常畧速. 病者每始吸藥時脈搏之速率大增,因對於手術多驚慌不安也.

痲醉之保存 Maintenance of anesthesia. 病者旣得自主性呼吸,施藥者當注意使此狀常存. 須知病者抵藥之力漸小,則藥量亦須漸減,倘藥量仍如前,則呼吸之狀卽變而失其韻律,卽不屬自主性. 瞳孔開大,光反應毫無,此卽吸哥羅芳過度之證也. 若過度未至太甚,移去面罩則呼吸復有自主之韻律,瞳孔亦縮小如前.

陣克耳氏吸器 Junker's Inhaler. 此器多用以施哥羅芳,於鼻或面上施外科手術用之尤便,旣不費藥,且頗滿意. 其器

有一瓶並有一打氣之橡皮囊,瓶塞有長短二管通過,長者連橡皮氣囊之橡皮管,短者連面罩之橡皮管. 用時則氣由長管達至瓶底,經過哥羅芳淺層而作沸聲,後入短管引至面罩. 或不用面罩直接由橡皮管引入鼻內,即能令病者痲醉. 至於用哥羅芳之多寡,乃在握橡皮氣囊之遲速. 哥羅芳既漸變爲氣其熱度即降低,則所發出之哥羅芳自漸減少. 用此器時勿使瓶貯哥羅芳過滿,且連氣囊面罩二者之管與通瓶塞之二管相接慎勿錯誤,否則有哥羅芳液湧出至病者之面,致有頗大之危險.

第五百零八圖

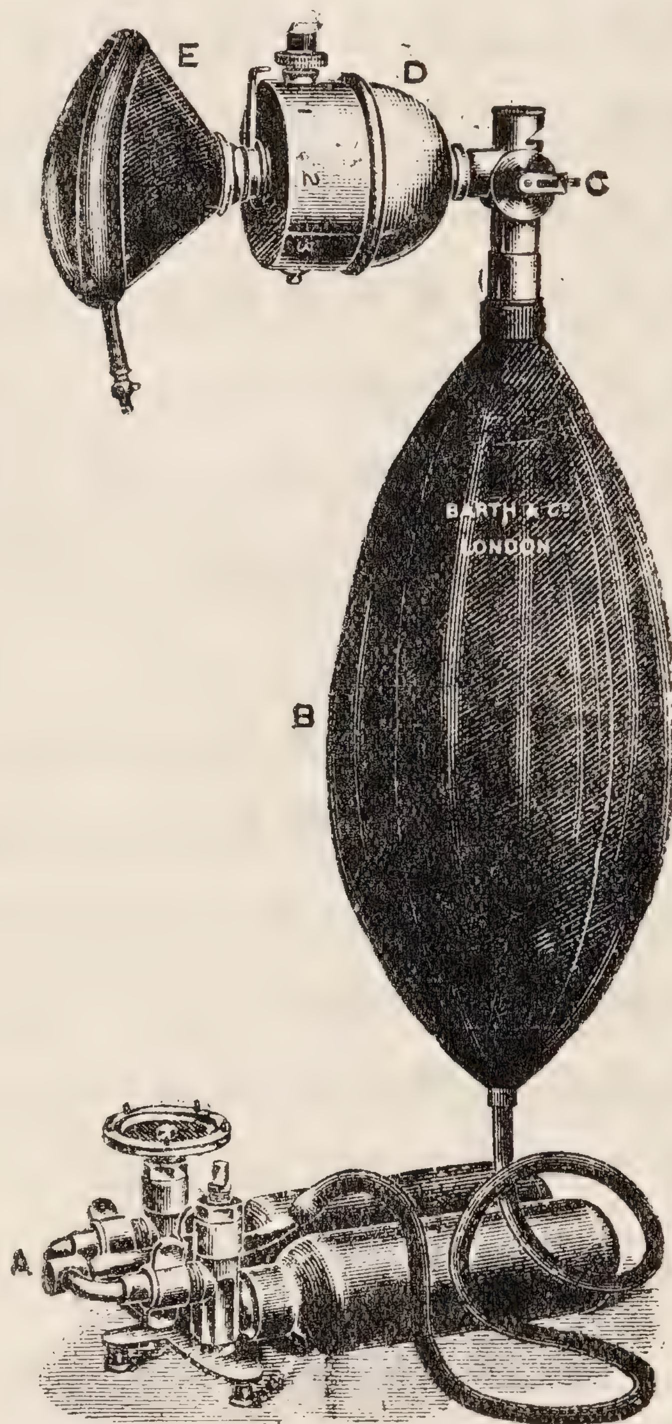


FIG. 508—HEWITT'S APPARATUS FOR THE ADMINISTRATION OF NITROUS OXIDE AND ETHER IN COMBINATION

A, Steel cylinders containing compressed nitrous oxide; B, indiarubber bag; C, threeway stopcock with valves; D, Clover's ether chamber; E, face-piece. If nitrous oxide alone is administered D is omitted. When ether alone is used A and C are omitted and a smaller bag substituted for B.

胡威氏兼施一氯化氫並醚之器具. A,貯一氯化氫之鐵筩. B,橡皮囊. C,三路之合頁門. D,貯醚之罐. E,面罩. 若僅施一氯化氫則不用D.若僅施醚則不用A.與C.且B可換爲較小之囊.

(丙)醚 危險較少於哥羅芳,因其有激心之能也. 施用之法有三:

(一)關閉痲醉法

Closed method. 此法用可斐氏 Clover's 器或胡威氏 Hewitt's 器等均可. 可氏器有一面罩,可緊蓋病者面上,有貯

醚之罐及橡皮囊,罐內先置合宜劑量之醚,使病者呼吸之氣經過醚之上面,吸入醚之多少可節制之,使所吸者先則空氣多而醚少,後則可加增醚之量,至吸氣之 $\frac{1}{3}$ 或 $\frac{1}{2}$ 或 $\frac{2}{3}$. 可氏器之優點在易節制藥量. 其劣點卽病者屢次復吸其呼出之氣,故其顏色易至青紫,免此弊之法,乃間次啟面罩俾病者得吸空氣,如吸五次,藥居四而空氣居一. 猶有一劣點,卽病者咽內常有粘液屯積,若先注射嗎啡與阿刀平此弊卽減少. 再者氣囊每經用之後須愼爲洗滌,免沾染病者之痰等日久變臭,致與復用此器者有害.

近來有兼用笑氣以引痳醉者,病者可免吸醚而不舒之狀. 須用特別之呼吸器如胡氏器,(第五百零八圖),筒貯笑氣(圖 A),開放之則氣入囊(圖 B),以便吸入至病者呼吸深而有韻律,則漸放罐內之醚(圖 D)使其吸入而囊內笑氣可漸減去. 須用上法保存痳醉,病者須依時吸空氣以免顏色青紫,如此囊內之氣亦漸爲調換,則二氯化炭不至太多. 施痳醉藥時忌使病者有青紫及撐持之狀,此二狀均有危險,若施藥得法,大抵無之.

(二)開放痳醉法 Open method. 此法之目的在免上言之諸弊,若施藥者非爲專門及有經驗之手,則用此法較易而少險.

手術前半小時注射嗎啡阿刀平以使病者心安而少生粘液,用與美氏面罩,覆蓋絨布四層或紗布十二層,且罩不可直接挨面,須隔干基氏織物 gamgee tissue 一層(係棉並紗布製成). 再備該織物一塊中央剪一圓孔蒙於罩上. 將醚點點頻滴,不可直傾,囑病者呼吸均勻,滴藥可漸速,其痳醉之各期與哥羅芳同,卽病者之呼吸變深而有韻律,至有自主性,藉此可知痳醉已達適宜地步,然仍須施藥,且於病者之呼吸,顏色,脈搏,均宜注意. 滴藥可較緩,施藥者愈有經驗則用醚愈少. 病者之呼吸道

務當料理使之通暢,則顏色方可始終如常,若現青紫色,則知呼吸被阻,須立處理之.

醚之臭略辣而難嗅,若面罩先滴以橘油酒 essence of orange 數滴,則此臭可解.

醚之開放痲醉法有數劣點:(1)藥量甚大不免耗費.(2)醚之散佈徧及施術並施藥者等使之不舒.(3)施藥人若非富有經驗者則難令病者痲醉,夏季尤然.(4)醚由液體變爲氣體時則温度降低,(故見罩上成霜,致病者所吸之氣亦極冷,較房內温度低三十餘度,如此則病者易致枝氣管炎或肺炎,體温亦低而有危險,且休克之狀易增)。開放法雖有如是之劣點,而究不及其優點之大.第一二兩劣點,不甚關要.第三劣點,可用笑氣並醚之關閉法,或用氯化二烷,使之不省人事,而後用開放法施醚連續痲醉之.第四劣點,可用細威氏 Shipway 法使吸入之醚氣略温.總之據多數人所見,痲醉法中究以開放法爲少有危險.

(三)温醚法 Warm ether method. 此法不用橡皮囊,故無復吸太過之危險,大抵爲改良之開放法.所吸之氣非由重布所製之面罩而過致氣變極冷,乃將温醚與空氣調和之氣以供病者吸入.

所用之器具,最便爲細威氏器,(第五百零九圖),其重要之件有四,B 爲手握之大量氣囊,E 爲貯醚之瓶,C 爲陣克耳氏貯哥羅芳瓶,W 爲温暖(眞空)瓶 vacuum flask,使氣變熱.以上三瓶各置於金類筒內,彼此相連,惟 C 瓶之筒可隨意移開,E C 二者之筒較本瓶畧大,筒瓶中間以水隔之,免藥氣變冷.E 瓶之塞有三要件:(一)通至 W 瓶之出氣管.(二)漏斗(F).(三)合頁門(T).合頁門有長管通至醚內,下段有多數小孔,使氣分成小泡徧佈醚內,不至突激而濺起也.合頁另有二短

第五百零九圖

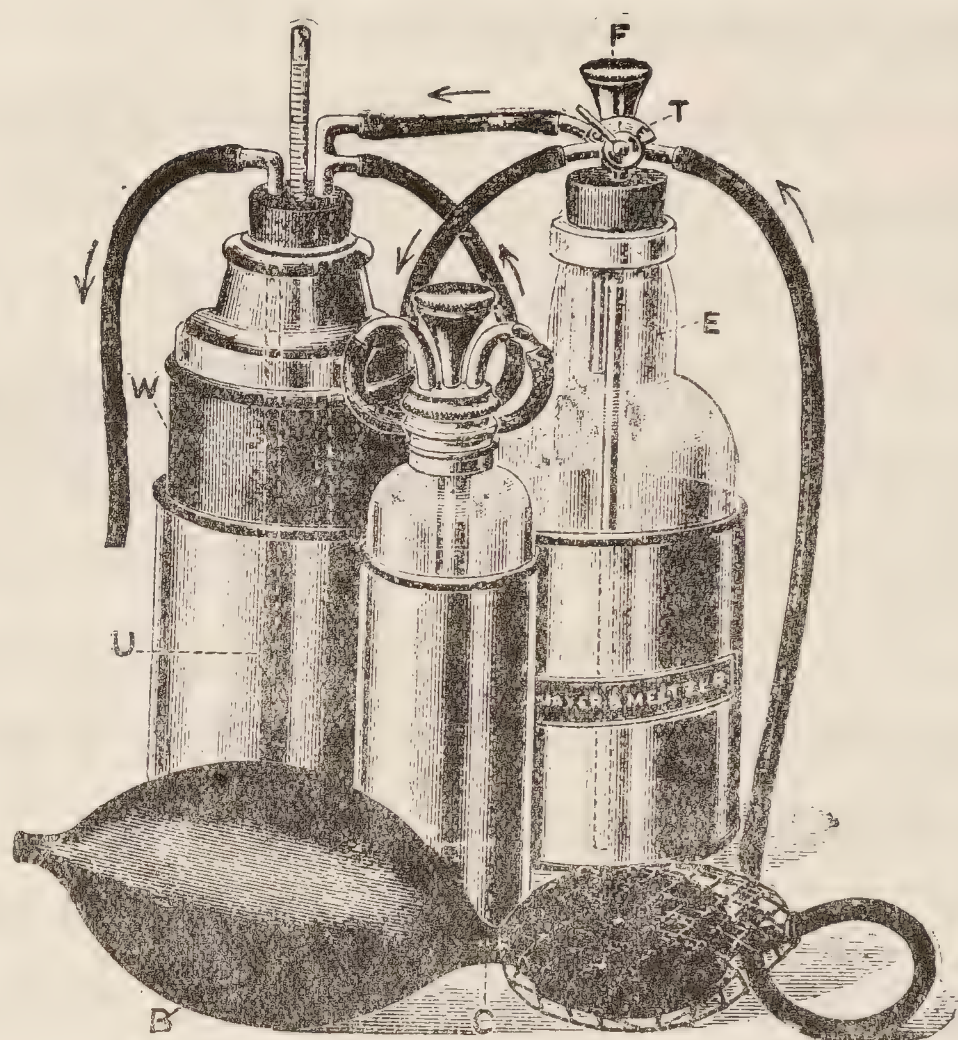


FIG. 509—SHIPWAY'S APPARATUS
細威氏之器具

管,一藉橡皮管以連氣囊,一藉橡皮管以連C瓶之入管. E C二瓶之出管兼通W瓶特別之金類U形管,此管置於W瓶熱水內,其入段上份爲雙口,連E C二瓶之出管,出段之口連於長二三尺之橡皮管,通至面罩. E瓶之合頁,若轉向此則空氣由醚瓶經過,轉向彼則由哥羅芳瓶經過,在中間則一分由醚一分由哥羅芳經過. 若欲施極稠之醚,可於裝E瓶之筒注熱水. 欲節制藥之稠稀及多少其法有二,一在合頁門之啟閉,一在壓氣囊之力大小. 痲醉劑若施之均勻,則病者痲醉適宜,不至過深.

用法 E瓶貯醚六兩至八兩,(若欲將醚瓶倒空,須去漏斗之塞,並移開短管之橡皮管,而將醚由短管倒出,不必將E瓶之大塞拔出). 若不用哥羅芳,可將C瓶之二管抽出而銜接之,且移去其瓶.如此則囊內之氣或完全由醚經過,或僅有一份由醚經過而其餘直入W瓶,究之皆由合頁門而定. E C二瓶之筒須注熱水.

施藥前可以阿刀平注射皮下,或兼用嗎啡及莨菪素二藥.

引痲醉時可以布製面罩,將哥羅芳滴於其上,或用本器具,即

將W瓶之橡皮長出管通至面罩內而不連金類器,免藥之溫度散失,因醚氣得熱失熱均易也. 開始須施哥羅芳,不久可畧加醚,遂減哥羅芳而增醚,至終則專用醚. 此時若病者撐持不安,可用滴藥瓶使之安靜,而後再施醚氣. 旣已引至麻醉,而欲引溫醚氣,須用絨布一塊,(剪開一口,以便露出病者口鼻),置於面上,而後蓋以興美氏布面罩. 醚氣須由淡至濃,視病者之耐藥力而漸增,直至適宜之麻醉度.

有時須連續擠貯氣之橡皮囊,且於病者正吸氣時擠之爲妙,再者施麻醉劑者可依藥氣之溫涼調理病者之體溫.大抵藥氣至九十或九十五度乃佳。 倘病者身弱,或顯休克,或於手術時體之露處較大,(體溫易散),又或出血較多,則藥氣可至九十五度. 然對於幼童或已發熱之病人,勿用過熱之藥氣.因其體溫易升高也.

(丁)醇哥醚合劑 A. C. E. Mixture. 卽醇一分哥羅芳二分醚三分相合而成,(因其內含醚及醇故有解哥羅芳阻心之力)。 可用壬氏面罩 Rendle's mask 或開放法(與哥羅芳同)行之,但開放法僅可施於小兒或虛弱之人,因若輩不必多吸藥也. 壬氏面罩係一橢圓之盒,下端開敞,其式適合於人之口鼻,上端有多孔以便空氣入內.

此器爲假象牙或金類質製成,(第五百一十圖),用時取海絨二三塊置於器內,滴以麻醉劑,蓋於病者口鼻,則呼吸之氣由器經過. 吸入之氣卽含藥氣,至藥之多寡可以手按器上之孔以節制之. 此合劑之劣點,卽在此三種藥之蒸發性遲速不等,醚之蒸發最

第五百一十圖

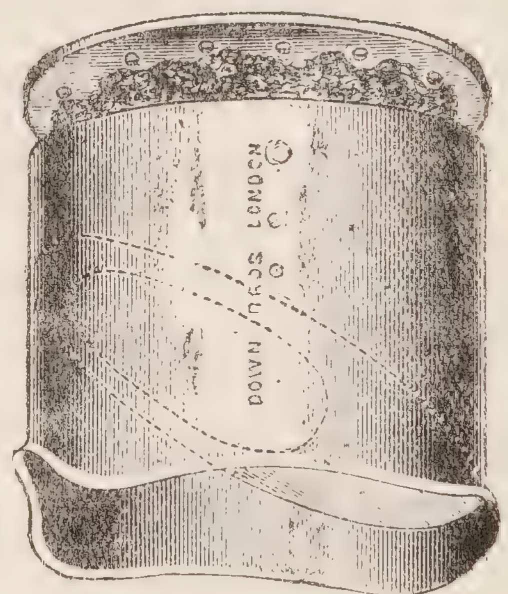


FIG. 510—SILK'S MODIFICATION OF RENDLE'S MASK

壬氏面罩(改頁)

速,必致所遺者多係哥羅芳,如此則恐有危險,若以醚及合劑輪替滴於海絨上可免此弊. 合劑內之醇大抵不甚關要,且其價又昂,故不用之亦可.

哥醚合劑 C. E. Mixture. 係哥羅芳二分醚三分合成,用開放法使病者吸入. 用之甚便而滿意,既鮮有哥羅芳之危險,又無施醚之煩難,故少有經驗者用之最便.

(戊)氯化醚 Ethyl Chloride. 此藥近來醫家始用之爲麻醉劑,而得頗佳之果效. 其應用之指徵有三:(一)口鼻之小手術,如拔牙或截除咽鼻部腺狀瘤 adenoids,(施此類手術則一劑已足).(二)他處之小手術,如切開膿腫,或折骨定正法,或關節回復法等.(三)先用之以引麻醉(與笑氣同),而後施醚以施大手術. 但其用有限,因蒸發甚易,且所用之吸法均不甚便也. 用時可將此藥 2-3 c c. 置於笑氣囊或醚器內,(此藥與橡皮無損),以面罩緊蓋於病者之口鼻,則顯麻醉效甚速,然效未幾卽過,且復醒後或顯惡心及精神委頓. 對於大手術可先用此藥以引麻醉,續用醚或醇哥醚合劑,則可省時間. 若用醇哥醚合劑,宜先將氯化醚 8-10 c.c. 傾於壬氏面罩之海絨上,至病者一失知覺,再續用此合劑以保存麻醉. 曾經醫士報告,吸氯化醚而死者過乎當有之數,故非熟手不宜用之.

不吸之施醚法 Non-inhalation methods of administering ether 有三,於特別病案最爲有用.

(甲)靜脈注射法 於肘關節前或內側選一靜脈,先用局部麻藥切開之,插一導液管縛穩,隨將醚一分無毒之當量鹽液二十分調合而略溫之,使由管緩緩流入靜脈內. 此法顯麻醉效甚速,且甚滿意,病者受醚之多寡易於節制,卽可用器使所流入之藥常均勻也. 此器與冲直腸所用之器相似,(第三百六十二圖). 其劣點卽選擇靜脈及插管之煩難並疼痛,且注

射之劑量較大。若手術之時間較長,則劑量必大,或至六十兩,如此則或致心擴張,並加增傷口之滲液,或致他弊也。但藥每二十兩內加亥朶那 hedonal 五至十厘(0.3-0.6 克)則能略減其劑量。此法對於因病而顯劇烈之精力虛脫及恐受手術後而顯之者用之最便。若欲使施麻醉士與施之之器遠離手術處,以便醫士工作,則此法亦可用。

(乙)氣管內吹醚法　此法係美伊 Meltzer & Elsberg 二醫士所發明,為便於胸部施手術,乃加增胸內氣之壓力以抵禦身外空氣之壓力也。(昔以為苟不先置病者於減氣壓箱內以開其胸,必致肺塌陷而命危,故以此法代之)。其法乃用含醚之空氣引至氣管分歧處,病者須依常預備,於手術前半小時先注射嗎啡與阿刀平於皮下,可用笑氣以引麻醉,遂將頭略伸出,用特別之壓舌器(與枝氣管鏡 bronchoscope 者同)以露明聲韌帶。取硬性膠皮導尿管,(按牙齒距氣管分歧處幾何遠,於管幹距其尖等遠處畫一記號,管口宜居管尖,非在其旁),插過二聲韌帶之間,達入氣管,使管之尖附近氣管分歧處。當插管時須用窺器窺聲門裂,否則難免入食管。麻醉須畧深,否則管入氣管時必致劇烈之咳嗽。管上端須連於出醚之機器以接收醚,管之粗細宜為聲門裂一半或三分之一,使呼出之氣易於排出。若為平常手術,則醚氣之壓力須等於十至十五粍汞,足以保存麻醉。若在肺施手術則壓力須增。

此法有顯然之煩難,然對於施胸內手術,或欲擴張肺氣泡,或施大手術於口舌等處,而須免血與粘液等物入氣管者,此法頗有價值,即口滿血時而病者顏色仍如故也。對於甲狀腺手術而恐氣管偶受壓者,此法亦頗有用。

(丙)直腸內施醚法　此法對於口面等處之成形手術甚為有益。從前注射醚液於直腸內,則見畧重之結腸炎,且用

醚氣引痲醉多費時間,並痲醉之淺深醫士不能節制,故二法均不適用也. 近有美國醫士瓜氏 Gwathmey 研究此術之技藝,謂病者於受手術之前夜須服瀉劑,且翌晨宜以温水洗腸,臨手術前一小時可注射嗎啡 0.015 克 ($\frac{1}{4}$ 厘), 阿刀平及莨菪素各 0.0006 克 ($\frac{1}{100}$ 厘). 遂使病者側臥,墊高其臀,後取俄利伐油二兩,醚四兩,副醛 paraldehyde 二錢,由導尿管漸注射直腸內,任病者安然就睡,不久至完全痲醉,卽可抬至手術房,大半不必加添痲醉劑. 若痲醉不足,則取一巾浸以温水擰乾,蓋於病者口鼻,使略行復吸,則痲醉較深,若仍不足,可按常法施哥羅芳或醚或笑氣並氯若干. 迨手術畢須將所餘之注射直腸劑引出,且須以水淸其直腸,如此者或仍痲醉至數小時,故宜常看護之,免其舌及下頷骨等落後致有礙於呼吸.

此痲醉法有時無效,亦曾有病人數次用之,而其痲醉有時或深而合宜,有時或淺而不足,致須另施笑氣並氯等. 此法之優點,乃施藥者遠離病者之面,故當施面部成形手術時少有阻礙於外科士.

施痲醉劑之普通理論

GENERAL REMARKS AS TO THE ADMINISTRATION OF ANESTHETICS

醫士宜切記使痲醉時腦部僅存生命中樞必有之功用,其餘各類功用盡行停止. 既如此不能謂其毫無危險,故非不得已當先檢查病人能否受痲醉藥而不被害,且必妥爲預備之.

預備病者之法 此爲最要,卽於手術前數日節制其動作,調理其飲食,先一日使服合宜之瀉劑,約以蓖麻油爲最善. 手術之本日若早晨必須飲食可少用之,且必爲易化消之品. 但在手術前三小時內切不可食物,如此醫士卽知病者胃空也.

對於胃飽滿而須立施手術者,或可用吐劑使吐出胃中之物,

或施洗胃術,後施麻醉劑.必先檢查其口,若有活動之假牙須取出之.若其頸或胸有衣或帶緊束必解開之.若病者大顯怔忡之狀,或恐其顯休克,則先宜於皮下注射番木鼈素,或於直腸內注射滋養物.

施麻醉法之先,或宜注射嗎啡等於皮下與否已論於上,茲僅舉重要之一條,即於吸哥羅芳前切勿服嗎啡,因此爲呼吸中樞之制阻劑也.

凡施麻醉劑者初不宜施之過速,必由漸而增,若病者顯怔忡之狀尤宜如此.若見其四肢撐持,仍不宜用大力制止,且此級一過,即至呼吸較深之級,愼勿至麻醉藥之劑量太過也.施麻醉劑之目的,乃使病者之肌肉鬆弛,結合膜無感覺,瞳孔縮小,脈搏及呼吸之遲速各有一定之規則(自主性呼吸)也.若瞳孔顯開大之趨勢,且結合膜之反應仍存,則切開皮時病者必不安,宜略增麻醉劑之量.若瞳孔已開大,而角膜反應已失,則必須暫止施藥也.若麻醉過淺則易有嘔吐,將吐時脈弱而速,面色灰白,一見此狀若增其藥量大概能免嘔吐.施藥者宜多留意於病者之呼吸及瞳孔之展縮,亦宜留意其唇頰耳等之色,藉以知其血循環之作用如何也.亦宜間時診脈,但不似以上諸事之緊要耳.切皮時其麻醉宜深,切及皮下諸組織時,因其痛覺較鈍,故藥量可略減.至縫合割口時藥量又宜畧增.若於口部行手術而多出血,宜間次將病者之頭轉向一側俾血流出,並用食水棉或紗拭淨其咽,以免血塊或他物入於喉等.凡施麻醉劑者,當常將病者之頭轉向一側,對於施醚尤爲緊要,因該藥常使粘液多屯積於咽也.

麻醉之善後法 此係重要之事,病者自手術檯抬至床後,須仰臥,頭宜畧低,若能右側臥尤善.倘病者顯休克之趨勢,則當裹以熱毯,將床尾墊高十至十二吋.吸藥後則皮之知覺

較常遲鈍,故若能於二十四小時內禁用熱水瓶為佳,免受燙傷也,(休克之治法見一百八十二面). 須設法使其靜臥數小時,室內之光不宜過大俾得安睡. 三四小時內不宜飲食.後可慎予以淡茶,或蘇打水,或肉湯等少許. 病者蘇醒後每有嘔吐之患,所吐之物為含膽之粘液. 苟施藥得法,則嘔吐少時卽止.間有久吐不止者,可服多量之重炭酸鈉稀釋溶液,服下雖被嘔出,然仍有洗胃之裨益. 吐狀較劇者,可服碘酒,每劑只須一滴,或服黑咖啡少許,有時服鉍藥和氫氰酸 hydrocyanic acid 沸騰調劑,或有效. 須待吐止方可由口食物,乃為常例. 若有必需可用肛飼法. 然間有吐仍不止者,至進固體食物一餐,則吐始止.

施麻醉劑之大險

(一)呼吸梗阻 Obstructed Respiration. 平常每因舌根後墜,堵塞喉門,致空氣不能進入,如此則呼吸漸艱,面耳之色漸紫. 苟不救治,雖胸仍展縮,但空氣不能出入,甚至窒息,則胸之展縮均停矣. 無論何類麻醉劑,此等之初狀乃為常見,故施藥者必時時加意防之,一見此狀須將病人之頭或其全身轉向一側,俾舌墜至一側. 倘無效,須前牽病者之頦,或以指置於下頷角後提之向前,或可免此患. 倘仍無效,必立止施藥,須將張口器開口,插一胡氏之粗導氣筒於咽內. 再無效,可用舌鉗將舌牽出,始能以指入咽將舌根及會厭向前鈎住,如此且能查得喉門有無梗塞之物. 若呼吸全停,宜立用人工呼吸法. 吸麻醉劑甚至呼吸停止而死者,此非不可防免之事,必為施藥者之不經心所致也.

間有所吐之物吸入氣管或肺,致塞呼吸道者,其現狀卽嘔吐時皮色變紫,立致窒息. 如此者苟能啟其口,當以指伸入咽內繞其四圍以除外物而通喉門. 倘牙關緊閉不能啟口,或其

阻塞在喉門以下,則或須用喉或氣管切開術救之. 所幸者此患究屬罕見.

(二)呼吸全停 Complete Cessation of Respiration. 此爲用哥羅芳過多之初狀,用醚則頗罕見. 吸醚最深至瞳孔開大則呼吸漸淺至停,如此者則脈搏仍有力,對於此若不施醚不久則再有呼吸. 此與用哥羅芳致呼吸停止者不同,因脈搏過數秒鐘亦停也. 治法.卽立止施藥,前牽其舌,並以指清除其喉門等. 頭須甚低,(如係小兒,可倒置其身,俾血多入腦),隨用人工呼吸法. 並以冷濕布輕擊其胸,或以冷熱二水輪替澆其胸部. 亦宜以空針注射番木鼈素或醚於皮下. 倘仍無效,且心亦欲停止,可用法拉弟電流將二電極一按於脊後一按於胸前之第二三左肋間處,使電經過激之. 以上數法皆用至二三刻鐘,且必須極爲愼重用之,否則病者所存幾微之生機反被此等法滅絕矣.

(三)心力衰竭 Cardiac Failure. 間爲原發性病. 其故有三:(甲)因受麻醉劑時過被驚恐所致.(乙)因開始施手術時尙未至完全麻醉,致顯休克而心被制阻.(丙)因哥羅芳或醚劑量太大,而神經中樞或心肌直接被累所致. 此等人死後而剖檢之,則見心肌薄弱,或有脂肪浸潤,左右室壁受累尤甚. 惜此等情况於其生前不能以聽診器斷定,故難設法防備耳. 心瓣有病而補償機已足者,吸麻醉劑平常無特殊之險. 治法. 與治呼吸梗阻同.

淋巴體質 Status Lymphaticus. 心力衰竭至忽死者常因有此體質. 多見於小兒. 其特狀乃全身之淋巴組織過長,尤顯於咽,咽扁桃,腹及縱隔障中之腺等.且其胸腺仍未萎縮,脾及骨髓亦或顯增生性過長. 病者忽至死亡,非僅因吸麻醉劑,亦有因注射抗白喉血清於皮下,或猝入冷水,或患輕性枝氣管炎

而忽死者. 此病常僅於死後方能認明,若疑有此病當施麻醉劑時自須愈加謹慎,因此類病人吸藥之致死劑量乃極小也,且宜用醚及開放麻醉法.

麻醉劑之選擇 Choice of an Anesthetic. 除視受藥者之症狀外,更視施藥者之經驗而定. 若施藥者熟悉其一二法,則遇重病用其熟悉之法較善於用他法也. 若非深有經驗者須用開放法施醚則少危險. 且病者多不重視其暫爲不舒,祇求穩妥耳. 醚或使枝氣管炎及肺充血,若先注射嗎啡與阿刀平則此狀減輕,或用細威氏之溫醚器亦可. 施用哥羅芳較易於醚,且少致不舒之狀,然而危險較大. 若遇孩童而疑其患淋巴體質,或患急性或慢性毒血病者,切勿用之. 曾有人調查孩童患急性膿性闌尾炎,則見施哥羅芳較施醚尤有危險而死率較大,實因患遲發性哥羅芳中毒及急性肝黃色萎縮所致. 再者,患慢性癆及慢性膿中毒者頗難忍受哥羅芳,因彼等之心肌大抵已變壞,致心力易於衰竭而死. 至用哥醚合劑之優點已詳於上.

傷害虛脫防止法 Anoci-association. 此爲美國醫生克君 Crile 所命名,表明一特別之法,使病者經手術可免外科休克. 其論休克之根本損傷,係在腦內之細胞,因該細胞受心理性之感,(如恐懼等),且因受手術處所射之痛感等. 此兩種之感皆須設法防止. 防止心理性感者,即於病者之前不談及施手術之事,使不知受手術之時日,以免其心中過於罣慮也. 譬如患甲狀腺肥大者,有時可再三施笑氣僞若與之治病,使之習慣受藥而無恐懼之心, 防止痛感者,可設法阻止神經傳感之能,即在手術處周圍將局部麻劑之稀釋液,按浸潤麻法由淺至深注射於組織之各層,則傷口之痛感等不得達至腦內. 譬如於腹部施手術其法如下:

(一)於手術前一小時注射嗎啡 $\frac{1}{6}$ 厘與莨菪素 $\frac{1}{150}$ 厘.(二)施麻醉藥之劑量只求其昏迷不省人事已足,用笑氣並醚少許爲妙.(三)割口之皮與皮下組織須注射挪復卡印 novocaine $\frac{1}{400}$ 稀釋液,所露出各層之組織,如筋膜或肌等,亦須以藥液注射之.(四)至於闌尾之系膜,或膽囊之底,或子宮闊圓二靭帶,或腸系膜等件,皆當依上法行之.(五)縫合割口處當用奎寧尿素 quinine-urea $\frac{1}{260}$ 溶液按浸潤麻法射入,該藥能使本處多滲出質以助封閉割口.至於所用局部麻劑之多少無甚緊要,因藥如此稀釋毫無傷害也.有人謂完全用此法,則各種有害於腦細胞之興奮受阻而斷絕,故病者復原較易.克氏之門生對於心理性之感不多加意防止,且近今用稀釋麻劑注射手術處之皮下及深組織,而名曰傷害虛脫防止法.該法雖如此改變並非無效.

附錄 APPENDIX

軍醫外科 已移至一百八十九面.

已移至一百八十九面.

羅伯村氏輸血瓶

ROBERTSON'S TRANSFUSION FLASK.

此瓶頗便用,爲上窄下寬之圓錐形,瓶頸有一旁枝(a),以便接橡皮管.瓶之容量爲1000 c.c.,瓶口塞一橡皮栓(f),栓之中有孔,可穿玻璃管達至瓶底.玻管之外段(g)彎成銳角,接一橡皮管(k),橡皮管之下端接一細空針,以便插入受血者之靜脈.若橡皮管之中央另接一留氣器 air-trap 則更妥.瓶頸旁枝之橡皮管另接一有球之玻璃管(b),球內置棉花.另備一

第五百十一圖

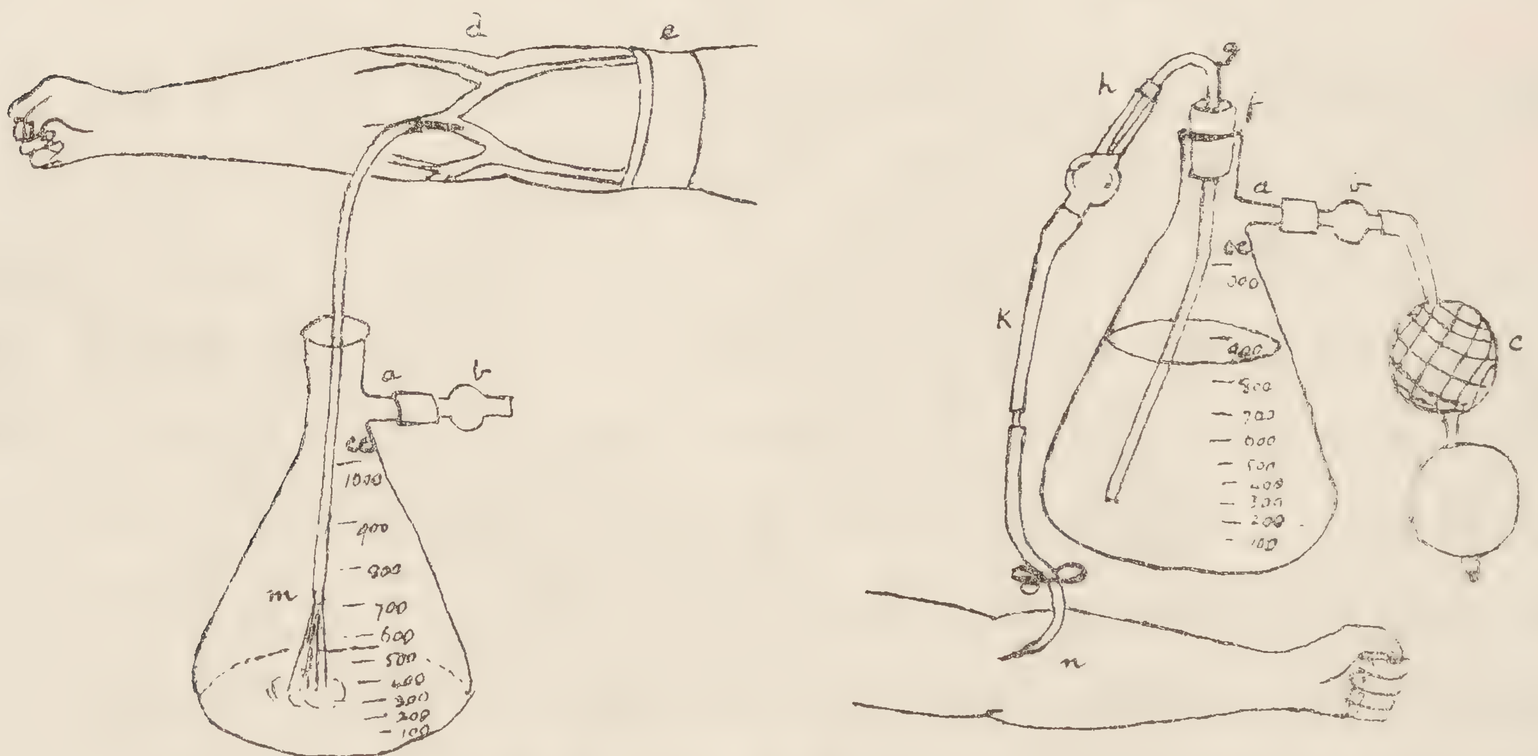


Fig. 511.—ROBERTSON'S TRANSFUSION FLASK

(a) Arranged for receiving donor's blood (citrate solution not shown)

(b) Arranged for administering blood-citrate mixture to recipient.

(A) 輸血時瓶之裝置(圖內未畫枸櫞酸鈉溶液)　　(B) 受血時瓶之裝置

一粗空針,橫徑二三粍,(爲插入輸血者之靜脈用),接一數吋長之橡皮管。欲用之時取枸橼酸鈉 2 克(30 喱)溶解於新製之蒸餾水 100 c.c.,置於此瓶內,以潔淨之棉花塞之. 二針及橡皮管等可用絨布包妥,與瓶一併置於緊張蒸汽消毒器內消毒.

其法:將輸血者肘前之皮以外科法消毒,用橡皮帶(e)輕壓上臂,使動脈之血仍能運至,而靜脈之血不能運回,則肘前之靜脈必充血,甚易看出(d)。有人用皮下針注射挪復卡印 2% 溶液數量滴於蓋靜脈之皮下,用刀割皮作一小口,後插空針入靜脈.

用此法則輸血者無何疼痛,但略費事,若輸多量之血此法可用,若所輸者祗 200 至 300 c.c.,則可用一較細之空針(1粍),直接插入靜脈內,不用麻藥,亦不用刀切開皮(若輸移多量之血,必須用大孔之針,因針孔愈小,則血凝結愈早,而針腔不久卽被塞).

針插入靜脈則有血下流,遂以羅伯村氏瓶(m)接之. 助手應將瓶略搖動,使血與枸橼酸鈉溶液完全調和,醫士則持定其空針。既得與枸橼酸鈉調和之血,可立卽引入受血者之靜脈內,或靜置數小時而後引入,靜置時須用無毒棉花暫封瓶口. 引血之時須將通玻管之橡皮栓塞妥,管之外端連接有針之橡皮管(或另接留氣器). 瓶頸旁枝之球玻管應接一射氣之橡皮球(噴霧器用者最佳c),遂射空氣少許入瓶內,使玻璃管及橡皮管滿含血,用小夾夾住橡皮管使不流出. 有人先將此二管滿以鹽液後用小夾夾之. 受血者之肘關節前(n)或他處用外科法潔淨之,以橡皮帶壓上臂,使靜脈易看出. 遂將針插入,解放壓上臂之帶及橡皮管之小夾,漸漸射氣入瓶內,則血溶液由玻管經過空針而入受血者之靜脈。用此法所輸之血可至 1000 c.c.(平常輸移 700 至 800 c.c. 卽足). 若僅須輸 300 至 400 c.c.,則所用之枸橼酸鈉溶液自須按比例減少.

魏氏生理學之傷口治療

SIR A. WRIGHT'S PHYSIOLOGICAL METHOD OF TREATING WOUNDS

該氏於歐役時視外科之無毒及抗毒二法之結果不甚滿意,究其故因不能完全施行也. 該氏根據實驗室之經驗研究之,而云槍彈之新鮮傷口周圍組織之血供給甚少,(因其組織已被毀壞),然其淋巴間隙仍未閉塞,是以組織僅藉滲出之淋巴並遊出之白血球而受保護. 然傷口已接種甚劇烈之細菌,而此菌即得最適當之培養質生殖甚速,則入毀壞之組織致有瀰漫炎狀. 被傷者由戰塲運至醫院常躭延時間致傷加劇.

此等傷治療之困難有四:(一)細菌迅速生殖而深入組織,故切除受累之組織則必犧牲若許有用之物件. (二)受累之組織被浸潤而硬化,故毛細管之血循環被滲出之淋巴所壓而有阻碍,則傷面之排出物不多. (三)傷口內滲出之淋巴非新鮮而已失其抗菌之可能. 再者白血球分解時則生出蘼蛋白酶 trypsin 與淋巴混合,致成細菌最適當之培養基. (四)傷口或有未脫之腐肉塊,則細菌於其下生殖頗速,若不能用外科術將該腐肉塊截除,則必待排液內之蘼蛋白酶消化之,始能按天然之理脫去. 此等潰爛性消化雖於脫腐之作用有益,然易累及生活織,致有繼發性損害,例如動脈壁因之潰爛致有繼發性出血.

組織如此受染,其癒合乃在乎下數項:(一)新鮮淋巴之抗菌並抗蘼蛋白酶之可能. (二)白血球滅細菌之食噬作用. (三)組織之恢復力,若細菌弱則組織有天然之恢復.

魏氏對於此等傷口發明高滲的 hypertonic 或等滲的 isotonic 鹽液,始能抵抗傷口之毒,且能激發組織之恢復力. (須知等滲的鹽液無甚滲透力,而赤血球等遇之無變形. 高滲的鹽液

則有吸性滲透力,能將赤血球之液體吸出一份,故血球之壁塌陷而顯皺縮狀. 低滲的 hypotonic 鹽液反此,卽血球將溶液吸入甚至漲破). 若用高滲的鹽液(5—10%)其裨益如下: (一)加增由組織面排出之淋巴,是以有新鮮活潑之淋巴以代陳者,且減少組織之腫脹,則毛細管之血循環復原. (二)節制白血球之滲出致膿量減少,且節制醱蛋白酶之發生,使其消化腐肉之功不致太過. 由此觀之,對於受染傷口之早期治療,用高滲的鹽液頗有裨益. 過若干時須用等滲的鹽液(0.85%)代之.此液將白血球由組織內吸出,故貪噬作用較大,而細菌因之減少至無.

高滲溶液對於染傷之價値頗大,非但鹽液如此,而他液劑如甘油及碘芳乳狀劑亦然. 魏氏云迨金氏溶液 Dakin's solution 之效果亦賴其高滲性. 然有他醫士云高滲液之價値非因滲透力,乃因傷口常被液滋潤,則其面之乾血塊或乾淋巴被潤而溶解,令傷口復能產出新鮮淋巴. 高滲溶液之用法,須視傷口之情形而定,傷口淺者可備已消毒之厚絨布或紗布墊,浸以溶液,敷於傷面,覆蓋以薄油布,屢次更換. 若敷料難換,可將溶液注於器皿內,藉管頻頻潤濕之(見第十三圖). 如此治療不久其傷口有特殊之形勢,卽極淸潔而顯水紅色,面有薄層肉芽織,膿量甚少,傷口之細菌亦無幾. 久用此法雖傷口之形式仍佳,然癒合較遲,應用當量鹽液代之,則傷口之面現灰色,而排出之膿較多,惟生肉芽及癒合之作用較速. 魏氏又云未用此法之先仍須將組織內含膿或死織等之腔切開,而設引流物,與備用他法者同.

論及兵丁與平民之比較,大抵平民不及兵丁康健,故其抵病力亦弱,幸而平民受傷後大抵就診於醫院較早,此法亦與之有益.

蒂形植皮術 PEDICLE GRAFTING

有時用他種植皮術所移植之皮塊因與原處分離致缺血而死,故有人發明有蒂之植皮術. 此術對於潰瘍處及面部等之缺損頗有裨益. 茲不能詳述,僅設一種病案以說明之,譬如某人肘關節前受燒傷而有大潰瘍處,若任其漸漸長成瘢痕則於關節之運動頗有碍. 如此者可由病人之胸腹旁作一適宜之皮瓣,分離其三方面,留一面連於原處作蒂,須將三面縫於潰瘍之邊,遂將上肢用貼膏等固定於軀幹. 俟皮與潰瘍邊連合甚妥,則割斷其蒂而解放上肢. 有時亦能用他人之有蒂皮瓣,但此二人之肢體自須設法使之久不分離.

白喉病之細克氏反應 SCHICK REACTION IN DIPHTHERIA

此反應之價値甚大,因藉之能鑑定某人有無白喉病之易受性,或謂斷定其血含抗毒素否(因白喉病之免疫性完全在乎抗毒素,且不必爲恒久的). 其法將毒素之最小劑量注射於臂皮下,若該人有易受性,則於二十四至四十八小時內可見注射處變紅而畧被浸潤,至第三四日此狀尤現,此爲陽性反應.

此後其狀漸退,則見該處畧有脫屑,且畧變色而延留三至六星期. 其反應之輕重乃表明病者易受性之大小. 若無何反應此人大抵有免疫性,然其鼻咽恐或仍帶有毒性之細菌. 須知若將蛋白質少許注射皮下,則於八至十六小時或見風疹性紅色,此狀於三十六至四十八小時最顯,迨第三四日則退,故與上者有異.

用此法可辨明強半嬰兒有免疫性,此爲被動的免疫性,大抵由其母之血或乳而得. 此免疫性不久卽失,故在二歲時以此法試驗之則知 70% 有易受性,此與臨診之經驗相符;因此病

多見於嬰孩也. 迨五至十歲有易受性者祗居 30%, 及成人時尤少,不過 12%.

預防性接種法,其法將毒素之幾何劑量與抗毒素畧較小之劑量調和,則調和液之毒性未完全消解. 注射劑乃爲 1 c.c., 越一星期再注射之,如此共三次,嬰孩所顯之反應常不大,孩童與成人之反應較劇烈,所得之免疫性常爲恒久的. 上述之檢查及預防二法,對於小學校孤兒院幼稚園等頗有價值.

神經之創傷及斷神經之接連術

WOUNDS OF NERVES AND UNION OF DIVIDED NERVES

神經之創傷 神經受傷而全斷詳 303 面,茲祗論神經受傷而未全斷者,此非罕見. 例如受割傷或刺傷,或受槍彈或炸彈之碎塊等傷,致神經幹旁喪去一塊,則被斷之神經纖維縮短而現缺口,後發生結締織,而神經纖維軸蟠曲於其內,則成一旁側神經瘤 lateral neuroma (見五百十二圖 B). 其未傷斷之纖維由瘤經過. 此瘤或粘連傷口及皮之瘢痕織,且或有頗劇烈之神經性痛. 有時大神經幹被一小金類塊(如槍彈或炸彈者)穿透,致其中央纖維被斷,則成中央神經瘤, central neuroma (見 C) 而兩側爲無恙纖維. 此瘤或能由皮外捫出,有時甚活動.

第五百十二圖

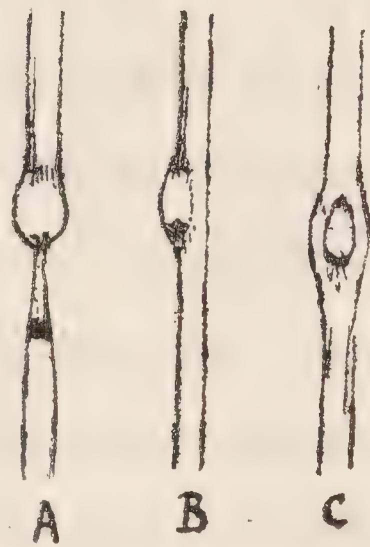


Fig. 512.—FORMATION OF NEUROMATA ON INJURED NERVES

A. Total division with terminal neuroma
B. Partial division with lateral neuroma
C. Perforation with central neuroma

A 全斷之上份端神經瘤
B 非全斷之旁側神經瘤
C 穿傷後之中央神經瘤

結果 因神經損傷處之部位並大小及纖維受累之多寡而異. 須知任何神經內之纖維軸

各有特殊之排列式,卽某神經此面之纖維每分布於本肢之某肌組,而彼面者分布於他肌組. 若該神經此面較彼面易於被傷,則此面所司之肌較彼面者必多被累而癱. 例如坐骨神經內之成腓總神經之纖維較成脛神經者易於受傷;是以坐骨神經受傷,而腓總神經所司之肌多被癱,然脛神所司之肌受累較少.

神經未全斷之處或爲恆久劇烈的易受刺戟之病竈;若損傷處有玻璃或金類之碎塊存留於其內尤易如此. 若是則該神經之分布處現榮養不足之狀,例如皮變薄而萎縮,現藍紅色而面甚光滑 glossy skin, 皮下織被吸收,毛則脫落,甲變粗澀而易碎,且現鱗狀,皮脂腺及汗腺之分泌較常多甚;骨萎縮而關節強硬. 倘皮受輕微之損傷則易成潰瘍. 亦有多顯疼痛狀者,正中神經及坐骨神經若受未全斷之損傷尤易如此. 其痛每爲燒性,名燒灼性痛 causalgia, 多見於手掌或足底,常因接觸何物,或因有何心感的戟刺(例如突來之聲音等)而起. 若該肢遇中等之冷熱或神經運動時受牽力,則痛加劇. 有時痛有碍於眠睡,而頗難制止. 其痛之原因尙未明悉,或因神經幹有瀰漫性纖維性變,致神經之神經 nervi nervorum 被壓.

療法. 神經非全斷或受壓者,有時頗難决定一適當之處理法,例如神經幹旁生腫瘤須謹愼截除. 對於一般無恙之纖維須愼保留之. 接處之切面須愼爲縫合,任截處之無恙纖維成襻(見五百十三圖). 若瘤居幹之中央,須將幹縱行切開,始能分開無

第五百十三圖

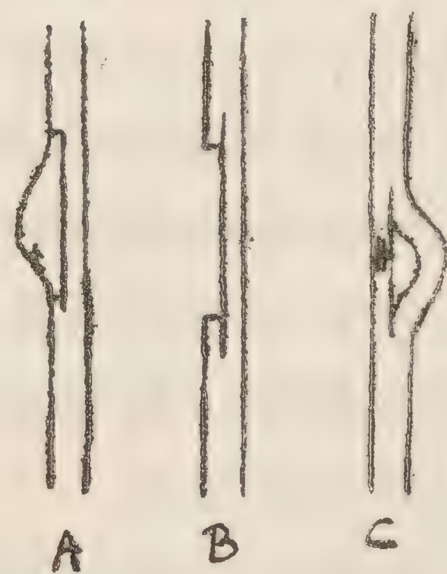


Fig. 513.—OPERATION FOR REMOVAL OF LATERAL NEUROMA FROM PARTIALLY DIVIDED NERVE

非全斷之旁側神經瘤之處理術

病之纖維而不傷之,遂挖除其瘤.

至於燒灼性痛治療頗難,除嗎啡外他藥品無何果效,不過於手足處敷冷濕布或有裨益. 若將 80% 醇注射神經則痛卽無,然神經之作用亦無. 有時施手術將神經自瘢痕織分離使不受壓或已足. 然大半須另割一口檢查神經之內部,若內部柔軟而作用仍佳,無庸處理,倘已硬化而作用欠缺,須將硬份截除而縫合之.

斷神經之接連術 Union of Divided Nerves. 除 306 面所述斷神經之治法外,另有數要項詳論於下.

手術前之治療 Preoperative treatment. 頗爲緊要,其目的乃保存肌之緊張力,並關節之活動,且免已癱之肌及腱被牽過長. 其法有三: (一) 姿勢之治療,須將該肢置於夾板等以免畸形. 例如橈神經被癱,腕關節須過伸,以免手垂之畸形. 又如坐骨神經或腓總神經被癱,致有足垂畸形,則須用帶鐵條之鞋套 gaiter 將足之前半托起. (二) 該肢之關節(例如肘腕膝踝等),須每日以手法運動之以免變硬. 若用夾板而不運動之,則關節並腱鞘易發生頗煩難之粘着物,致本病因之加劇. (三) 癱肌之緊張力,須用按摩法並電療法保存之,用電浴 electric bath 之化電或波形電流 sinusoidal current 均可.

再者該肢之血循環及榮養每不完全,故須用合宜之包裹料保存溫度,且每施用按摩法及電療法之前尤須如此.

手術 Operation. 雖論之非難,有時實行之頗不易,因神經端潛伏於最堅硬之瘢痕織內也. 割口須大,始能於損傷處上下露明神經幹. 瘢痕織須齊整切開或能截除之,甚至能將神經上段之球形端並下段之萎縮端由鄰組織分離. 遂將球形端並連下端之結締織截除,以露明神經上下之健爽纖維. 下段

之切面可用弱法拉兊電流試其官能如何,遂將二端內各方面之束謹慎對準而縫合之,

茲提數實地事項以爲手術得滿意結果之資助. (一)不可強手按摩神經,若用物件將神經托起,須忌金類牽開器,可代以寬紗布條. (二)神經勿令變冷,須以浸温鹽液之紗布包裹之,或用該鹽液頻頻灌洗傷口. (三)神經上下二端分離頗遠致接連頗難者,有數法可助之如下: (甲)神經幹若由鄰件細心按解剖法分離,則可牽長若干. (乙)改變肢之姿式,例如屈腕肘膝等關節,則屈面之神經弛緩,然對於尺神經之前臂段若屈肘關節,則該神經愈牽緊. 最妙乃將此神經由內踝與尺骨鷹嘴之間移開置於踝前之肌間. (丙)曾有人用神經上下二端切成瓣而接連之,有將二端接種於鄰近之無病神經者,有人將上下二端用管(如靜脈之一塊)套入,希望神經纖維軸由上向下而長,此等法均無良好效果. (丁)神經接植術,曾有人對於缺處非過長者用此術而得良好效果,但接植料大抵祇有橋之作用能將本神經之纖維軸引過. 其法將他處無關重要之感覺神經截除一段,例如橈神經之遠段或股內側皮神經或肋間神經均可縫於缺處. 取本人之神經較用他人截斷肢之神經或他動物者尤妥. (戊)將本肢對神經缺處之骨截除一塊,則該肢較短,而神經之二端可對正縫合之. 但此術頗重大,若非有必要不可輕用. (己)若上述諸法均不合用,或用之無效,可先改變肢之姿式使神經二端愈輳近,遂將二端用較粗之線牽近而縫之. 俟割口瘉合須漸將該肢牽直,則神經亦被牽長. 閱若干時再施手術,或能將神經二端削整而縫合.

手術之結果 如此用次級手術自不及初級者之完全,大概因瘢痕織較多,且因神經近段之纖維軸達到遠段頗難覓得本神經束,甚至或有感覺軸通入運動纖維內,或相反通入之,

故作用較常缺甚. 再者既躭延若干時始行次級手術,則肌纖必顯若干壞變或硬變之弊,故恢復益難. 橈神經(上臂段)受次級手術後之結果最佳,因所司之肌非小,坐骨神經及腓總神經次之,然足內之小肌不恢復者居多數. 至於正中神經及尺神經其結果多不滿意,而於前臂下部尤然. 手掌之小肌完全恢復者甚少.

普通性之感覺或早已恢復,然不久或又失去,過若干時或又顯. 先恢復者係深感覺,繼有坡妥琶替感覺 protopathic sensibility, 後有厄皮克替感覺 epicritic sensibility. 運動能先顯於癱部之上份,漸次向下,先用化電流則反應較前者爲敏,有意動作較法拉兌雷之反應早顯者不少. 有時未顯運動性之恢復而該肢之榮養已頗佳. 再者受傷時與行手術時之間期愈長,則恢復愈遲. 又損傷之所在亦與恢復期有關,較上者則遠段自長,所需恢復之時期亦必長. 橈神經(上臂段)大概需六至八月始能恢復. 正中神經或尺神經在肘關節以上受傷而縫合之,若於六至十二月內恢復大抵頗佳. 腓總神經縫合後在四至八月內或能恢復. 但坐骨神經若在股上部受傷,則恢復期或需二年.

恢復期雖如此之長,然手術前施行之種種方法仍須繼續行之,且病人並按摩家及施電術者皆須有恒心,不可憚煩勞.

再者病人須用自己之意志 will power 使神經之興奮由近段達至遠段,且一有微力卽須常用重行操練法.

近年以來有法國醫士汀君 Tinel 發明一徵狀以表明神經之再生. 若於手術後六至八星期在手術處畧下壓神經幹或輕叩之,則有麻刺之感覺. 再過若干時則較下之處亦有之. 其理因神經之新軸漸向下生長. 有時雖無此狀,神經亦能完全恢復,運動神經如橈神經(上臂段),因感覺纖維頗少自少顯

此狀. 此試驗最妙乃由下往上行之.

最後之治療 若已將神經接連之各種手術施行完畢而均無效,可用肌腱之成形等術以改良畸形,或須用截斷術.

橈神經癱瘓之治療

TREATMENT OF PARALYSIS OF RADIAL (MUSCULO-SPIRAL) NERVE

首要者乃用擎起夾板 cock-up splint 使腕關節向上過伸,以免手垂致伸腕伸指諸肌之腱牽長,遂用按摩及電療法. 若仍無效,而傷口已癒合不懼有何染毒,則施手術愈早愈妙. 除上述之普通手術外,尚有以下之要項. 若肱骨幹中份折而骨痂累及神經,可在上臂後面割一縱口(口之中點應對三角肌之止端)處理之. 若神經缺一份不能縫合,可用神經移植術,用本神經之下臂份或用肌皮神經之一段均可. 曾有人將肱骨之一端截除使上臂減短,則神經易於縫合,但此法不可輕用. 手術後之結果尚佳,須謹愼處理手指諸關節免失活動.

倘上手術無效,或骨間背側神經受劇烈之損傷不能修補,則可試用肌腱移植術,乃將尺橈二側屈腕肌移植於伸拇伸指等肌之腱,且將旋前圓肌之腱由橈骨分離縫於橈側伸腕諸肌之腱. 二術各有特殊割口,後者之割口爲縱形,居下臂中份之橈側,前者爲馬蹄形,凸份向下,居腕之背側,其二直段居下臂之橈尺二側,如此處理之則腕關節常居畧伸之位置.而拇及指之運動無何窒礙.

矯形外科之原理

PRINCIPLES OF ORTHOPEDICS

矯形外科卽身體形態之矯正法,可分二種: (一)保存軀幹或肢體正常之機械作用. (二)改正身體之畸形.

畸形之原因 約有數種,須一一研究之,始能得滿意之治療. 其原因有爲先天者(例如由遺傳或因母在懷孕時受損傷或患病所致). 其後天者多由受傷,或受傷後發炎而長瘢痕所致,亦有因身體之何部常居異常之位置,或常行不合宜之動作,或常受特殊之力致骨異常發育者,若其力(壓力或牽引力)常有不規則之方向,則骨必長成畸形,而其肌肉及韌帶自必隨骨骼之畸形而有所改變. 再者神經系統亦與身體之畸形有特殊之關係,詳後.

按解剖學論畸形之原因可分數類: (一) 皮下組織及筋膜等收縮成瘢痕(例如在創傷或燒傷後者),瘢痕有收縮性,若爲兒童則其肢體自漸次長大,但其瘢痕則反之,故年齡愈增畸形愈顯.

(二) 某肌或某肌組無正常之反對肌,例如 (甲)此肌已癱或日久未用,則肌腱變長. (乙)彼肌痙攣,或爲強直性或爲陣攣性. (丙) 肌組織患病而收縮或肌腱粘連鄰物.

(三) 韌帶之改變亦爲關節畸形之因,可分甲,乙,丙三項論之: (甲)若某肢體常異位或關節有慢性積液之患,則韌帶多弛緩,致關節無正常之穩固,甚至二骨之關節面異位. (乙)韌帶因肢體之位置不適宜或因發炎而收縮,則關節之運動難免受限制. (丙)韌帶現骨化性變致關節強硬.

(四) 骨之改變,有多種: (甲)骨之發育殘缺或過度,或爲先天性,或爲發炎性,有因身體姿勢不適宜而致者. (乙)骨折斷或未連或錯連,此爲身體畸形最常見之原因.

(五) 關節之改變,亦有數種,例如因姿勢不適宜或先天或後天或發炎或受傷所致.

(六) 神經受損傷致肌或被癱,或痙攣,由此所得之畸形甚夥.

若細查上述之原因可知大多數之畸形皆爲可防免者,諺云;治療不如預防,凡爲醫士者不可不知也. 歐役時受傷之兵丁甚多,若當時外科醫士多注重防免畸形法,則殘廢者必較現時少甚,而惜乎未然也.

矯形外科治療之大綱可分論如下:(一)預防慢性異位以免組織有恒久性改變,例如膝或腕關節常彎曲,則其屈面之肌或韌帶卽因之收縮,而伸面之組織扯長,漸成廢用性萎縮. 至後雖各組織復至原位,但伸肌仍無力不能行功;縱該肌完全收縮亦不能將肢伸直,因其腱過長也. 關節亦然;卽壓力或張力過度則韌帶之改變亦頗顯,甚至有骨化性變而成恒久之畸形.

(二)預防骨受異常之力. 骨所受之力及力之方向與其發育有關,若受正常之力則有正常之發育;若骨雖居正常之位置但受異常之力,則或有畸形,全身不爽者尤易如此. 但身體復健,而骨仍在異常之位置,則其骨或能變堅實. 例如患佝僂病則長骨常彎曲,然骨之凹面長成新骨質如牆撐,使本骨較平常之骨堅實. 患脊柱後凸者亦然;卽背雖無平常之彈力及運動能,然或有非常之堅硬. 反之,某骨若失其作用則其內之骨質萎縮,致骨變弱.

若能以手術等法使骨還原位而仍受正常之力,則其組織大概能還原. 青年者或畸形之時間不長者多能如此;但年齡較大則還原之希望較小.

(三)施用運動或體操法 若用運動法使異位之肢體漸還原位,則以前廢用之肌漸能復長;卽居正常之位置愈久,則周圍之組織及物件愈易復原,恢復性體操之理卽本於此. 須謹記祗運動某肢此面之肌組而不運動反對之肌組大抵無用,因

身體之肌系統常相對排列,若彼組無自動的運動,則此組之運動亦不能完全.

(四) 改良異位,行恢復性體操以治畸形,在青年人或有用,但頗費時間,對於成人大概無用,非用手術不可. 倘某件如肌或肌腱過短,須施牽長術,若過長須施減短術. 異位之物件應還於原位,使肢體復正. 然須謹記異位之物件還於正位,僅爲治療之第一步,其後須設法使該處之各物件均能有正常之發育,免其再異位. 由此觀之,凡學醫或行醫者應於其本身及病者之身體研究各肌組之作用及各者之運動法,方能保持手術之效果.

肘外翻及內翻 CUBITUS VALGUS AND VARUS

正常上下二臂之軸不成直線,因下臂畧外展至成十五度之角,此名提携角(又名臂外偏角) carrying angle. 此角在婦女

第五百十四圖

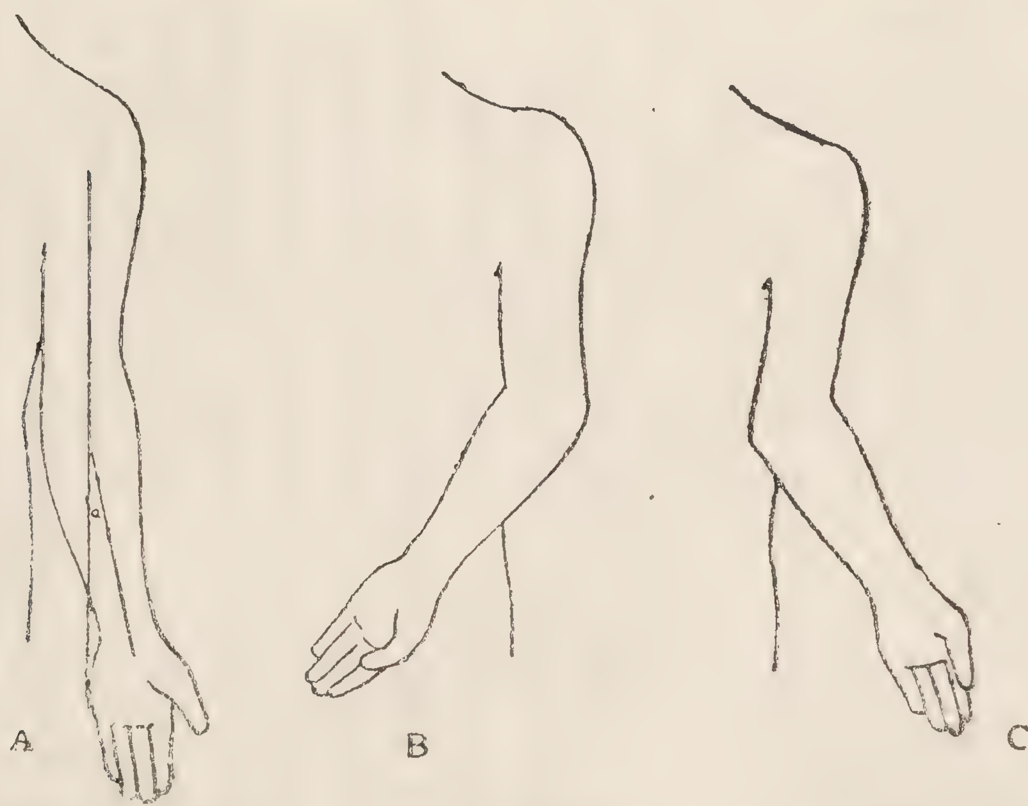


Fig. 514.—OUTLINES OF UPPER EXTREMITY
A. Normal carrying angle (∠=15°). B. Cubitus varus. C. Cubitus valgus.
A 肘正常之提携角(又名臂外偏角) A 爲十五度角 B 肘內翻 C 肘外翻

常較大於男人. 倘角過度則成肘外翻 cubitus valgus. 有因肱骨下端被折致內髁向下移位,且生骨痂所致者. 如此則尺神經或移位而居皮下,致失平常之保障,故或屢受損傷而有神經性痛. 若原發性骨損傷不能恢復,可用手術將尺神經移至髁前以弛緩之. 肘內翻 cubitus varus. 恐較外翻多見,蓋因外髁之損傷,或因內髁移位而發育不全所致. 如此者若肘關節之作用甚不便,或須施髁上截骨術以矯正之.

足畸形之緒言

(DEFORMITIES OF FEET: INTRODUCTORY REMARKS.)

對於足畸形先宜明瞭足之機械的構造. 須知足之作用有二,一爲支持身體使之穩固,一爲開步時發生彈力. 足可分前後二半以適應上述之二目的. 後半較堅實,爲距跟二骨所成,承托身體之重量. 前半爲距骨之前部及足之他骨. 此數骨關節面之方向不一,故足落地時少受振動. 另有趾各附麗以肌而運動之.

足之彈力性全由其弓形而來,其弓可分三種: (一) 內側縱弓,或名跗弓 instep, 由足跟至第一蹠骨頭. 其高低人各不同,無病時其高每足使弓中央之皮不接觸地面. 有時此弓塌而變平,則成平蹠足 flat-foot. 此弓之成立,大半特乎跟舟蹠側韌帶,而距骨之頭落於此韌帶之上. 此韌帶之下有脛骨後肌之腱由之而過,以連多數之跗骨. 又有足底之長短二韌帶,及其處之諸短肌,並足底之深筋膜,均有輔助足弓之作用. (二) 外側縱弓,此不及上述者之重要,因其各部份 (即跟骨,骰骨,第四五蹠骨), 每落至地面. (三) 橫弓,居內外二側縱弓之間,內側有距骨頭,外側有第四五蹠骨頭. 此弓之深淺依跗弓深淺而異,若跗弓塌下則此弓亦自無有. 此弓大半藉腓骨長肌之腱維持之.

足跟痛 PAINFUL HEELS.

此患有因鞋不適宜而致者,自須檢查其鞋而處理之. 然有其鞋頗適宜而亦患跟痛,甚至不便行走,且於站立亦有妨碍. 其原因有數種,須細心鑑别,始能有精確之診斷.

(一)痛祗在跟底者　或因足底之深筋膜或肌織有痛風性沉著物 gouty deposit, 自須用體質療法治之. 若無此患,須用X光線照之. 有時跟骨後半之突生一骨刺,向前伸出,其刺大概係深筋膜連骨突之部份顯骨化作用,刺之下面另長一滑囊. 如此者須施手術將骨刺及滑囊除去. 其割口應居跟之後或一側,不宜在跟底.

第五百十五圖

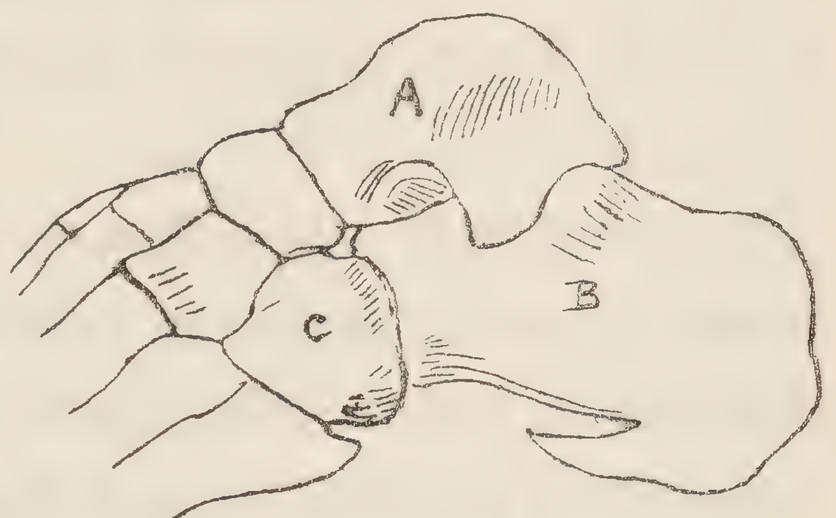


Fig. 515.—BONY SPUR BENEATH OS CALCIS

跟骨下面之骨刺

A 距骨　B 跟骨　C 骰骨

(二)跟後痛者　多因跟腱深面之滑囊發炎,或因該腱傷力,致其附麗處之骨膜發炎. 療法,須安息一二星期. 若經長久安息而仍無效,可用火針烙之. 亦有甚劇烈者,非將新長之骨截除(截除之時應保存跟腱之附麗)必無效.

(三)痛較深或在骨之中央者　多因骨內之鬆骨質受傷,例如由高處跌落被撞或被擊所致,至後有骨炎或骨膜炎,宜按常法治之.

嬰兒癱瘓 INFANTILE PARALYSIS

此病詳於內科,本書 587 面已畧有論述,茲再加詳焉.

病之歷程及症狀　可分三期: (一)初起期,病起甚驟,嬰孩畧發熱,頭及脊疼痛,身體感覺過敏,三至十日內即顯癱瘓.

有時不發熱,亦不疼痛,僅顯癱瘓. 亦有發熱疼痛而不癱瘓者.

癱瘓有時進行甚速;數小時內已達至極點,而後或漸減輕. 癱肢無力而弛緩,肌肉完全癱瘓,速現萎縮,至無何反應,用電激刺亦然,但或顯變性反應 reaction of degeneration. 其肢冷而微藍.

癱處人各不同,少累及全身,多及其肢. 上肢多受累之肌爲三角肌,次之爲肱二頭肌,肱前肌,肱橈肌等. 伸腕伸指諸肌少受累. 下肢受累較上肢爲多,且小腿多於股,小腿之脛骨前肌及伸趾肌多受累. 於股部多受累者爲四頭肌及內收諸肌. 脊柱之肌有時受累,面部者及括約諸肌不受累. 此期或延長至六星期.

(二)漸瘉期 病至此期脊髓灰白質內未被滅之神經細胞恢復其力,以主理所分佈之諸肌. 此期或延長至二年以上,病肢或顯畸形,亦無平常之發育,並顯滋養不足之狀. 其恢復之首程可用化電流斷定之,若仍見變性反應,則有恢復之希望. 次見法拉兌電之反應,終顯隨意之運動,

(三)永存期 至此期可斷定病之結果及應用何種手術等療法. 病在漸瘉期不宜施手術. 外科家須設法保護患病而無力之肢以免受傷,且須設法使之有正常之發育並輔助其不完全之工作. 又須留心小孩之敎育,使其將來仍爲有用之人.

豫後 在病起期頗難斷定,因不知脊髓損傷處之大小,且不知其損傷與肌之癱瘓及肢之發育有何關係. 若病起期遷延頗久,則恢復期大抵亦甚長. 有時肌之癱瘓頗顯,然骨之發育如常. 亦有骨發育不全,而肌少顯癱狀者. 若二下肢早已完全癱瘓,則豫後不佳,逾三月而病未減輕者尤然.

治療 須按病期而異. 各期之治療有特殊之方法及目的. 在病起期安息最爲重要,以節制發炎脊髓之損傷使不致

延開. 最妙用制動術 immobilization 卽用妥馬氏脊柱架或他器械以制阻全身之運動. 且須用棉花包繞全身,以免神經受外來之激刺. 足及小腿應彎成直角,棉花外應用夾板貼膏等以保持其姿勢. 股對於骨盆之位置亦宜處理. 局部的敷法如冷熱電及按摩等法在此期內均有害(此與昔時之療法相反).

漸瘉期 所宜注意者乃防免畸形,或矯正所有之畸形,並恢復肌肉之能力. 各病人之情狀宜細心研究,其所累各肌之電反應須一一試驗,並記錄之,以便後日比較.

論及畸形之豫防,須知某肌被癱則易於牽長,(因受墜力或反對肌之隨意收縮所致). 迨後至癱肌之收縮力復回時,肌之工作亦不完全,因其肌過長也. 由此觀之,癱肌在未恢復前總須使之弛緩,(以免受牽引力),卽安息時及受治療(例如受按摩及電術)時均須如此. 宜用夾板及姿勢的療法以保存正常之位置,例如三角肌被癱則上臂須外展,屈前臂肌被癱則肘應彎成直角,若爲足垂病須設法使足前半抬起. 所用之夾板以輕而簡單爲佳,當肌力漸漸復回時,可漸漸改夾板之角度以加增肌之運動度. 愼勿使肌之責任過重,否則其力卽因之而減少. 論及畸形,(多因早期未料理得法),須用上述諸法處理之,且須用重行操練法 re-education 及電激刺法. 若均無效可用特殊之器械以保存適宜之姿勢,或須用手術治療.

按摩術 頗有價値,因若用之得法則能恢復肌之緊張力也. 用此術之目的在略激刺弱肌,使之發育而無疲乏之弊. 初時自須輕輕摩擦,迨後亦可揉捏深部. 當肌初行自動的運動時不可任其將病肢提起,以免責任過重.

電療法 若細心行之頗有價値. 大概不可將病肢置入電浴器,因有力之肌被激刺而弱肌則否,甚至頗難保存該肢正常之姿勢. 先須用間斷性化電流激刺各肌,迨後該肌恢復至

能應付法拉兌電之激刺,則須用此電代替之. 總之不可使肌過於疲乏.

至第三期或名慢性期,外科家之目的,在矯正畸形及固定無力而有連枷關節之肢體,使成爲有用之人. 此期內常須用器械,但所用者之料須輕,以免於運動有碍. 器械之形式宜簡單,以假象牙製者爲佳,至於金屬器械,現有用鋁製者以代鐵製者. 若爲癱瘓性畸足,常用鐵條連接鞋之兩側,上行至膝關節上,或再向上至骨盆.

手術 目的在恢復反對肌之平衡工作,或固定連枷關節,可分論如下: (甲) 肌腱或筋膜之截斷術 division of tendons or fasciae. 若爲癱瘓性畸形大抵不宜用之,因該肢之肌已甚弱也. 但有癱瘓性足垂者,其無病之跟腱縮短,甚至用被動法而足不能恢復正常之位置,如此者宜用腱牽長術(或名腱延長術,見 346 面). 反之,將癱肌過長之腱施行減短術 (見 347 面) 大概無用. (乙) 腱成形術 tenoplasty (見 347 面), 將無病肌之腱接種癱肌之腱或畧有用. 行此術時自須洞悉各肌之價値及效用. (丙) 腱縫定術 tendon fixation 此法乃將肌腱縫於骨膜,以作關節之副靱帶,此術對於連枷關節(例如癱瘓性足垂病) 之穩固略有價値. 但肌腱須縫於挨關節之骨膜,且所縫之段宜短,否則其腱易被牽長而無用. (丁) 關節固定法 arthrodesis 若病肢之異常活動頗難節制,或所需用之器械頗重,或病者無力置辦器械,此法有用. 若某肢之二關節有連枷性活動,則固定其一關節使之強硬爲妙. 其法與關節截除術略同,祇須將二骨端之軟骨刮除或鋸除. 須知組織之恢復力因肢被癱而較小, (故關節成強硬較常爲慢). 對於髖關節此法大抵不宜施用. 對於八歲以上之兒童,若有連枷性膝關節而不能購置所需之器械,此法頗有用. 須知踝關節強硬,大概不甚便. 但若能另用肌腱

之修補法使踝關節穩固,則用距跟關節固定術頗有價值. (戊)截斷術見 588 面.

痙攣性癱瘓又名大腦病性兩側癱瘓

SPASTIC PARALYSIS OR CEREBRAL DIPLEGIA

有等病案其特狀乃數肌組 groups of muscles 現痙攣性收縮,後則現固定的畸形,他肌組(恐爲上述者之反對肌)薄弱或癱瘓. 此病之原因每因運動神經上單位 upper neuron 有恒久之損傷,致運動興奮難循之傳出,且大腦外質之制阻興奮亦難由之達到脊髓中樞,於是外來之戟刺達到該中樞易使之發出興奮也. 例如孩童患此病則肌易現痙攣性收縮,甚至欲行走而將足落地時,則現痙攣性搐搦而不能開步.

有時孩童患大腦外質限局性炎,或限局性血栓形成(例如患疹熱病後),或梅毒病,而顯痙攣性癱瘓. 但大半爲產期性癱瘓,雖云爲正常產,究之大約因顱骨於產期變形過度,或因窒息,令大腦外質或橋腦有點狀出血處所致. 或爲偏癱 hemiplegia, 或爲兩側癱瘓 diplegia, 或爲截癱 paraplegia, 或爲單癱 monoplegia, 前二者較多,有九與七之比例.

常見之攣縮如下: 在下肢者,爲痙攣性馬蹄足,(因踝關節過伸向下無何節制之肌),膝關節屈曲,股內收或內旋. 在上肢者爲下臂前旋而腕關節屈曲. 症狀可分論如下:

(甲)病起時可用外力矯正之使肢居正常之姿勢,有時用此法則肌現痙攣性收縮,然用麻醉劑仍能矯正,但日後收縮之肌變短致該肢不能復其常位. (乙)反對肌之能力每較常爲小,然常不至無,當備適當治療之時須牢記之,對於上肢之治療尤然. (丙)此等人多有精神病,偏癱者 68% 顯才智不足,大腦病性兩側癱瘓者 84% 亦然. 若治療之效果一方面賴病者之資

助,須細心判斷其才力如何,然後施行. (丁)有時此等人之肌顯不隨意之運動,與手足徐動病 athetosis 同,則治療難得滿意之結果.

治療 對於肌若用按摩及電療法,雖持久用之裨益頗小而終不能就痊,祗用手術則獲恒久之裨益. 其術有二: (一)復斯忒氏 Forster 脊神經後根截斷術,(見 325 面). (二)斯托斐氏 Stoffel 術,其理乃將痙攣收縮肌所分布神經之運動纖維截斷一部份,使本肌之力減小而與反對肌相稱,據手術後之結果,則知其理不謬. 對於痙攣性馬蹄畸足,則截斷腓腸肌並比目魚肌二者神經纖維之一半或三分之二,有時另須將跟腱用局部增長術. 對於肌縮性膝關節屈曲,可將膝後肌之神經纖維截斷至足數,然病較久者該肌之腱亦須截斷. 對於股內收肌之痙攣,須將閉孔神經之枝截斷. 對於下臂前旋並腕關節屈曲,須將旋前肌並屈腕肌之神經截斷之,然結果不甚滿意,因反對肌組之力過弱也. 如此者或可取有力肌之腱接植於無力之旋後肌及伸腕諸肌,法與橈神經慢性癱瘓之手術同.

論及某神經纖維之截斷術,其法大抵有二: (一)斯托斐氏發明之法,乃在神經幹施行,即依幹內纖維之排式(此爲近今解剖家所研究者)將司理該肌之纖維截斷. (二)他醫士之法,即將神經入肌之枝截斷,但此割口難免較大,手術後須施重行操練法. 此法之效果雖一方面賴病者之才智,縱才智略劣者而效果仍滿意,但病者就診愈早自愈佳,否則效果較小.

髖關節平扁 COXA PLANA (LEGG'S OR PERTHES' DISEASE)

此病之性質尙未洞悉,故其名詞甚複雜. 此病非罕見,多見於三至十二歲之男孩. 若非用 X 光線細心照之,則易誤認爲結核病. 至於病歷恐前數月已受損傷,有人云梅毒,佝僂病,

骨化異常 anomalies of ossification 等,與此病有關,然無何確據. 有人以為風濕病性之薄弱膿球菌係此病之原因,然亦無何證據.

以X光線照之則見股骨頭之骺變平而闊,並現碎裂勢,至後其碎塊互連,則股骨頭顯平闊之帽狀,而帽狀質蓋股骨頸之上份. 先天性髖關節脫位之股骨頭,有時顯同一之變形.

症狀 初起甚慢,少有疼痛,略跛,運動有限;而內收及外展尤然,周圍之肌畧萎縮. 關節易受激刺,若用之過度或傷力則作痛. 病腿或畧短,多係一側,二側者較少,全身無何不爽健之狀. 強半過數載則就痊,然有變為慢性骨關節炎者.

治療 須節制行路並站立,若有必需,則命之平臥,或用空架夾板(見二百零六圖)藉之行走. 然有人云如此治療恐於病仍無何補益.

阿貝氏手術 ALBEE'S OPERATION

此術之原指徵係脊椎結核病,其目的乃固定已壞之脊椎. 近今知此手術對於下述諸病之治療頗有裨益. (一)不聯之脊椎折 ununited fracture, 如骨之一份折斷而不聯,致有恒久性不舒或痛. (二)進行性脊柱側凸 scoliosis, 因畸形漸大而他治法無何效果,或畸形甚大而常作痛. (三)脊椎脫位 spondylolisthesis, 而安靜法不足以抵抗症狀,應用此術之畧變通法.

手術 病者須俯臥而吸麻醉劑,割口之中點須適對病處,先將肌纖由脊椎棘突之兩側分離,遂用銳利骨刀 osteotome 將數棘突由正中切為兩半,輒由脛骨用雙輪鋸(第二百三十二圖)取一適當之移植塊,植於分開之數棘突內以聯絡之,(見五百十六圖之右二小圖). 繼將二側之肌及筋膜等縫合以蓋移植塊上面而固定之. 割口縫合後須用石膏背袱以制止運動. 移植塊尋常與棘突長合甚妥,則脊柱此份已固定矣,

對於脊椎折斷,此手術非為重大.而結果尚佳. 對於結核病亦有頗大之價值,先須用X光線照脊柱以鑑定幾何脊椎受累.上石膏背袪後須靜息數月之久.且在一年之內不能隨意運動.

第五百十六圖

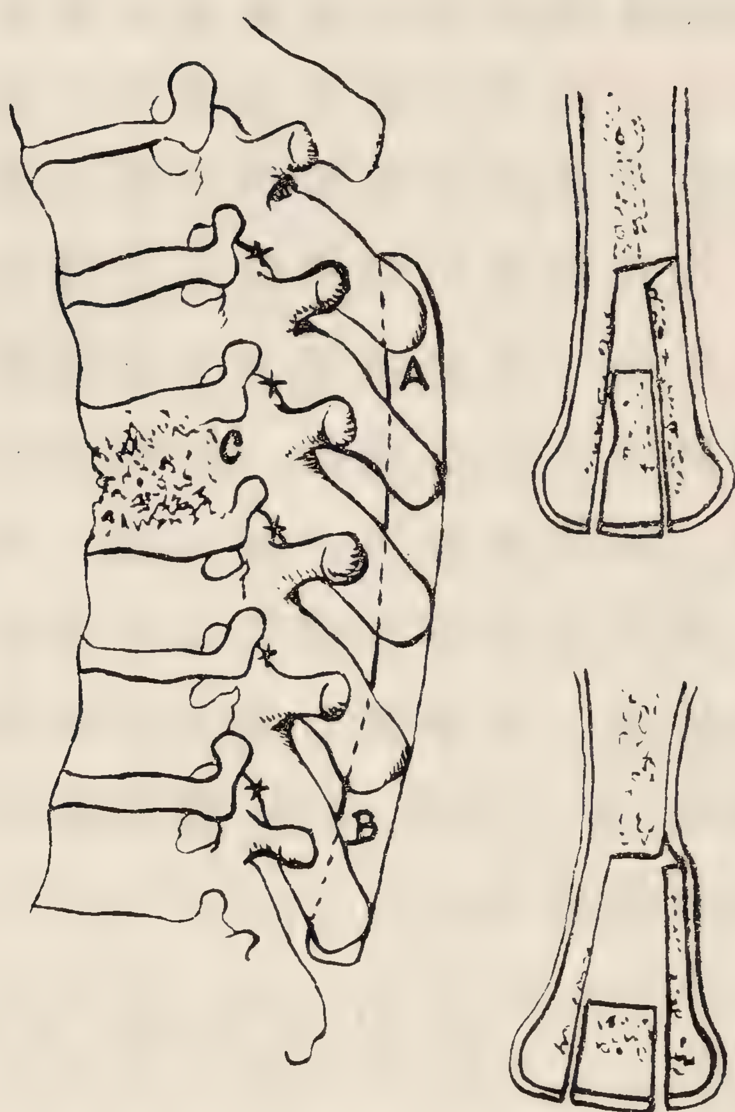


Fig. 516.—ALBEE'S OPERATION FOR TUBERCULOSIS OF VERTEBRA

阿貝氏手術用於脊柱結核病

A—B 移植骨塊　C 患結核之脊椎

損傷性脊椎炎

TRAUMATIC SPONDYLITIS

此係脊柱受損傷後而有恒久性痛者. 大抵因某脊椎有未認明之折患,而椎體壓碎者尤多,例如跌落時而頭或肩先着地,或炸彈由下暴擊. 病者受傷後或安睡若干時,至後則任職服務,但背部常痛. 厥後脊柱或畧現畸形,例如脊柱後凸或側凸,或一二椎棘突向後過凸. 須知椎體如此受損,則骨質充血而稀疏,致不能任軀幹之重量,遂有退讓之趨勢而現畸形. 畸形之式自依部位及損傷之輕重而異. 該病者若未安息至足期使骨質恢復而堅固,則畸形及疼痛仍存. 治療先須用X光線細心檢查脊柱,後用適當之器械以固定之. 頸椎畧離位者或可施麻醉劑而處理之使復常位. 有時可施切開術將脊椎用銀線縫定,或用阿貝氏移植骨塊術.

新消毒品又名抗膿毒藥 NEW ANTISEPTICS

晚近有數種藥品,自漂白粉或氯化鈣製出,用以治療受染之外傷頗收佳效. 玆將其要者列舉如下:

由璌 eusol (係硼酸與漂白粉在水內交感所成.製法,將漂白粉十二・五克加水一立特調攪震盪,後再加硼酸散十二・五克復妥為震盪,靜置六至十二小時,浮面之清液以虹吸法 syphoning 吸出,過濾,該液卽謂之由璌),每百分約含次氯酸 hypochlorous acid 五分,倘置暗涼之處其消毒之力能保持三四星期之久,惟截除何組織或遇熱則其力速失,故必用涼者. 可以洗不潔之傷口,或浸紗布塡塞傷處,仰或用以代迨金氏溶液於卡雷耳氏 Carrel 治法. 然因頗有蝕性致阻組織之再生,故經數日至傷潔淨卽易他藥為妙,若仍用之則反有害,且有礙於癒合. (由怕 eupad 係硼酸與漂白粉等分合成之一種藥散,有用以塡塞傷處,以冀其遇體液卽放出次氯酸以滅毒者,將由怕二十五克,震盪於一立水內,靜置數小時,濾過,卽得由璌).

迨金氏溶液狹言之 Dakin's solution 乃多斐氏 Daufresne 所改良者非苛性劑 non-caustic, 每百分含次氯酸鈉 sodii hypochloris 0.45—0.5%,為標準溶液,若含之較少則效力不足,較多者則有激惹性. 然因氯化鈣含氯 20% 至 37% 不等,是以配製須精細審愼,先須視氯之多寡,多者宜加炭酸鈉或重炭酸鈉,製就後仍當試驗其內含次氯酸鹽是否合格. 若欲得含氯百分之二十五之氯化鈣,其配製之式如下: 氯化鈣 calcium chloride (含氯百分之二十五) 184 克. 乾燥性炭酸鈉 dried sod. carbonate 92 克. (或晶形炭酸鈉 262 克) 重炭酸鈉 sod. bicarbonate 76 克. 製法,以一能盛十二立特之甲瓶貯氯化鈣,加冷水五立特震盪之,靜置六至十二小時之久. 復以乙瓶貯炭酸鈉,溶解以冷水五立特,

後緩緩傾於甲瓶中調攪震盪,靜置半小時. 用虹吸法將浮面之清液吸出,濾之,卽得逭金氏溶液. 宜置暗涼之處,免其速於化分,故宜常備新鮮者以應用. 用以洗滌傷口,或浸紗布敷貼傷處.其大用乃在清潔受染之傷口於卡雷耳逭金氏治法.

克羅拉民替 chloramine-T 係一種安定性 stable 氯酸化合物,有上述諸溶液之效用,遇尋常溫度則易溶解於水. 爲傷口用者宜爲百分二之溶液,亦可製成百分十之軟膏,抑或用百分五之溶液浸紗布. 其溶液不惟可作洗劑,亦可用以浸紗布以塞創傷.

待克羅拉民替 dichloramine-T 其抗毒力較上藥尤佳,但其性較不安定. 最妙不加熱溶解於含氯之猶卡列托 chlorinated eucalyptol 內,(1 克在 10 c.c.) 旣融化復加氯製石蠟 chlorinated paraffin 十西西 (10 c c.). 腐壞之傷及傷腔可用此藥噴之,或用浸此藥之紗條塡塞之,溶液效力之存在不能過三日. 於鼻道口頰等處奏效極佳.

安尼林染料 aniline dyes 其產出物有數種,消毒之力爲人久悉,近經試驗益知其效之卓著. 煌綠 brilliant green 有殺菌之作用,然遇血清則漸失其力,故於傷處須頻爲更換. 其千分一之溶液無害於組織,亦不阻白血球貪噬及組織生肉芽二者之作用,無激惹性,用卡雷耳氏治法時可用以代逭金氏溶液,或用紗條浸之以塡塞傷處. 凡組織之血管少或血循環不周者易受其染,而血供給足者則否. 弗拉芬 flavine 係此類化合物中之最明著者,分二種,一爲原始之阿克弗拉芬 acriflavine, 一爲坡弗拉芬 proflavine, 二者之形狀及消毒力皆相伯仲. 可用千分一之溶液浸紗布塡塞傷處.

SURGERY INDEX

PAGE

A

abdomen, drainage of 腹排液 809
 gunshot wounds of 腹部槍彈傷 197
abdominal aneurism 腹主動脈瘤 265
 contusions 腹壁單純挫傷 814
 operations, general remarks on 腹部手術要綱 806
 surgery 腹部外科 806
 walls, incisions of 腹壁割口 807
 – injuries of 腹壁損傷 814
abortion due to syphilis 因先天梅毒致小產 119
abscess, acute 急性膿腫 44
 chronic 慢性膿腫 49
 cold (tuberculous) 結核膿腫 49
 encysted, of the breast 包繞性乳房膿腫 792
 gas in 含氣膿腫 49, 828
 ischio-rectal 坐骨直腸窩膿腫 979
 of brain 腦膿腫 637
 – breast 乳房膿腫 792
 – kidney 腎膿腫 1021
 – liver 肝膿腫 901
 psoas 腰大肌膿腫 579, 941
 pyæmic 膿毒血病膿腫 64, 901
 residual 殘餘膿腫 581
 retropharyngeal. 咽後膿腫 578, 724
 secondary 繼發性膿腫 45
 sterile 無菌膿腫 44
 subcranial 顱骨下膿腫 739
 subphrenic 膈下膿腫 827
 tropical 熱帶膿腫 902
 tuberculous 結核膿腫 124, 578
a. c. e. anæsthetic mixture 醇哥醚合劑 1167
acetabulum, fracture of 髖臼折 422
achilles tendon, bursa under 跟腱下囊 350
achondroplasia 軟骨發生不全 466

PAGE

acne 痤瘡 679
acromegaly 肢端肥大病(面手足大症) 467, 646
acromion, dislocation of 肩鎖骨節脫位 483
actinomycosis 放線菌病又名菊形菌病 131, 899
acupressure 針壓法 234
acupuncture for aneurism 動脈瘤針刺術 260
adductor longus 內收諸長肌 339
adenocele of breast 乳房之囊腺瘤 797
adenoids 咽鼻部淋巴增殖病 691
adenomata 腺瘤 147, 795
adhesions after arthritis 關節炎後粘着之弊 509
 in hernial sac 赫尼亞囊內之粘着 925, 948
 in peritonitis 腹膜粘着 820, 824
adrenal adenomata 腎上腺腫瘤 1029
adrenalin as a vaso-constrictor 腎上腺素阻血流 234
aërobes 需氣菌(賴氯菌) 4
after-treatment of abdominal operations 腹部外科善後療法 809
agencies, physical 物理性品 210
agglutination groups 血之屬分(凝集現象) 36
air, entrance into veins 氣入靜脈 240, 629
air-passages 呼吸道之外科 757
Albee's operation 阿貝氏手術 1197
albuminuria 蛋白素尿 75, 1022
alcoholic poisoning, diagnosis of 酒中毒診斷 621
alcoholic injections in tic-douloureux 三叉神經痛注射醇 311
Alexander's operation of shortening the round ligaments 亞雷克散德氏手術(圓韌帶減短) 1107
Alibert's keloid 瘢痕疙瘩 181
alveolar processes, affections of 齒槽之患 665

PAGE
ambulatory treatment 行助療法 387
amœba coli 結腸阿米巴 865
amputation, methods of 截斷術 1127-1152
amputation, kinoplastic 運動成形截斷術 1136
lower extremity 下肢截斷術 1142
of breast 截除全乳房之法 803-805
– penis 陰莖截斷術 1084
technique of 截斷之技術 1134
special 特殊截斷術 1137-1152
upper extremity 下肢截斷術 1137
amyloid disease 澱粉樣變病 76, 51, 1004
anæmia pernicious 惡性貧血病 33
secondary, blood count in 繼發性貧血者血球數目表 35
splenic 脾性貧血病 921
varieties of 貧血之分類 33
anaërobes 厭氣菌類 4, 190
anæsthesia 痲術 1153
a. c. e. mixture 醇哥醚合劑 1167
closed method 關閉痲醉法 1163
endo-tracheal 氣管內施醚法 1169
infiltration 浸潤痲法 1154
inhalation of 吸入痲法 1157
open method 開放痲醉法 1161
intravenous 靜脈注射醚法 1168
local 局部痲法 1154
rectal 直腸內施醚法 1169
regional 部位痲法 1155
spinal 脊髓痲術 1155
anæsthetics, administration of 痲醉劑之施用法 1170
analgesia (v. anæsthesia) 痲法 1153
anaphylaxis 過敏現象或名安阿非拉克西 16
anastomosis end-to-end (of intestine) 腸端吻合術 880
lateral, of intestine 腸旁吻合術 881
of nerves 神經吻合術 306
anel's operation for aneurism 阿內耳氏法(動脈瘤) 258
aneurism 動脈瘤 252-266, 731
of abdominal artery 腹主動脈瘤 265
– carotid artery 頸總動脈瘤 262

PAGE
aneurism cirsoid 蜿蜒動脈瘤 290, 592
of scalp 顱頂蓋動脈瘤 591
– subclavian artery 鎖骨下動脈瘤 264
special 特別動脈瘤 260
aneurismal varix 動脈瘤性靜脈曲張 247, 284
Angina, Ludwig's 膿性頷下炎 55
angiomata 血管瘤 145, 288
ankle-joint, acute arthritis of 踝關節急性炎 520
amputation through 踝關節截斷術 1145
ankylosis 踝關節强硬 544
dislocation of 踝關節脫位 503
tuberculous disease of 踝關節結核病 533
ankylosis 關節强硬 543-546
anoci-association 傷害虛脫防止法 1174
anthracæmia 炭疽血病又名毛工病 96
anthrax 炭疽病 96
anti-diphtheritic serum 抗白喉血淸 14
anti-peristalsis 反蠕動(腸) 959
antiseptic treatment of wounds 傷口抗毒法 203
dressings 抗菌敷料 208
antiseptics 抗(消)毒劑 203, 1199
anti-sera 免疫性血淸 13
anti-streptococcic serum 抗鏈球菌血淸 15, 88
antitoxic serum 抗毒素血淸 14
antrum of jaw, affections of 上頷竇病 667-670
anuria, calculous 石塞性尿閉 1025
anus, affections of the, 肛之病 975-1000
artificial 假肛門, 人工肛門 816
imperforate 肛門不通 974
prolapse of 脫肛 989
aorta, abdominal, aneurism of 腹主動脈瘤 265
thoracic, aneurism of 胸主動脈瘤 260
appendicectomy 闌尾截除術 894
appendicitis 闌尾炎 882
appendicostomy 闌尾成口術 866
appendix, affections of 闌尾病患 882
appendix, cancer of 闌尾癌 899
in hernial sac 赫尼亞囊內闌尾 926

PAGE

appendix, tuberculosis of 闌尾結核 899
arm, amputation through 上臂截斷術 1140
 deformities 上肢畸形 359-362
arrest of hæmorrhage 出血之止法 240
arterial hæmorrhage 動脈出血 236
 thrombosis 動脈栓塞 77, 79, 243
arteries, injuries and disease of 動脈損傷及病 243-275
 degeneration of 動脈變性 247
 digital compression of 動脈出血指壓法 237
 injuries of 動脈損傷 243
 ligature of 縛動脈術 243
 rupture of 動脈破裂 243
 suture of 動脈縫合 246
arterio-sclerosis 動脈硬化 248
arteritis 動脈炎 247
arthrectomy 關節刮術 530
arthritis, acute 急性關節炎 515
arthritis deformans 畸形性關節炎 467, 535
 gonorrhœal 淋病性關節炎 521, 677
 gouty 痛風性關節炎 523
 of special joints 特殊關節炎 518
 suppurative 化膿性關節炎 515
 tuberculous 結核性關節炎 525
arthrodesis 關節強硬(固定)術 589, 1194
arthroplasty 關節成形術 545
arthrotomy 關節切開術 529
artificial anus 人工肛門 816
 hyperæmia 人工充血法 26
 respiration, methods of 人工呼吸法 785
ascites 水腹 829
aseptic treatment of wounds 無菌傷口治法 166
asphyxia 窒息 784
aspiration of empyema 膿胸吸引術 778
 of liver abscess 肝膿腫吸引術 903
 – tuberculous abscess 結核膿腫放膿 129
 pneumonia 吸入性肺炎 53
astragalus, dislocation of 距骨單獨脫位 504
astragalus fracture of 距骨折 446
ataxy 共濟失調 625
atheroma 脈壞變 76, 228
atlas, dislocation of 寰椎脫位 562

PAGE

auditory nerve, injury of 聽神經受傷 315
avulsion of scalp 顱頂蓋扯破 592
axillary abscess 腋處膿腫 296
 artery, ligature of 縛腋動脈術 271
 cellulitis 腋蜂窩織炎 54

B

bacilli 桿菌 3
bacillus anthracis 炭疽桿菌 96
 coli communis 大腸桿菌 43
 œdematis maligni 惡性水腫桿菌 81, 191
 pyocyaneus 綠膿桿菌 44
 tuberculosis 結核桿菌 121
 typhoid 傷寒桿菌 44
back-knee 雙腿後彎 367
bacteria 細菌 1
bacteriological examination of pus 膿之細菌檢查 8
bacteriology 細菌學 1-16, 190, 194
Baker's cysts 貝叩氏囊腫 525
balanitis 陰莖頭炎 101, 1082
Balkan beam 巴勒堪梁 437
Banti's disease 半替氏病 921
barium meal 鋇餐 834, 843, 845, 861
Barlow's disease 嬰兒壞血病 465
Bartholin's gland, cyst of 前庭大腺囊腫 1106
base of skull, fracture of 顱底骨折 599
Bassini's operation for inguinal hernia 巴辛尼氏治赫尼亞斷根手術 935-936
bedsores 蓐瘡 80
Bellocq's sound 鼻後孔探子 693
Bell's palsy 貝耳氏痲痺 314
benign tumours 良性瘤 132, 134
Bier's treatment by induced hyperæmia 畀耳氏充血法 26
Bigelow's evacuator 排石器 1050
bile-duct 膽管 907
biliary passages, affections 膽管病 907
biniodide of mercury 重碘化汞 204
bipp 必潑 61, 193, 195
birth-paralysis 產癱 316
bites, snake 蛇咬傷 171

PAGE

bladder, affections of 膀胱病 1032-1056
 cystitis 膀胱炎 1035
 wounds of 膀胱損傷 1034
blanket-suture 褥縫術 163
blind fistula 單口瘻 982
blood, changes in condition of
 血之改變 278
 examination of 查血 30
 grouping 血之分屬 36
 transfusion 血之輸移法 40
blood-counts, differential
 各種類血之白血球計算 31-32
 in different diseases
 各種病之特血球數 35
blood-pressure in hæmorrhage
 出血時之血壓 228
boil 癤 326
bone caries 骨瘍(骨稀疏化) 448
bone, congenital syphilis of
 骨之先天性梅毒 463
 cysts of 骨囊腫 472
 deformities of the 狗僂病性畸形腿 368
 diseases of 骨病 446-475
 grafting 骨移植術 473
 growth of 骨生長 447
 hydatid disease 骨包蟲病 472
 inflammation of 骨炎 447
 injuries of 骨傷 379-446
 necrosis of 骨壞死 448
 syphilitic diseases of 梅毒性骨病 462
 tuberculous diseases of 結核性骨病 458
 tumours of 骨瘤 468
 vascular supply of 養骨之血 446
boric acid 硼酸 204
bow-leg 雙腿外彎 367
bowel cancer 腸癌 869
 kinking of 腸糾搭 964
Boyle's anæsthesia outfit
 傅氏施笑氣及氯之器具 1158
brachial aneurism 肱動脈瘤 265
 plexus 臂叢 316
brain, abscess of 腦膿腫 637
 compression 腦受壓 619
 concussion 腦受震 616

PAGE

brain irritation 腦過敏 618
 laceration 腦撕裂 622
 tumours 腦腫瘤 642
 wounds 腦之創傷 622-627
brain and its membranes, affection of
 顱腦及其膜之患 610-650
branchial cysts 腮囊腫 742
breast, diseases of 乳房病 787-805
breast, tumours of 乳房瘤 794
Bright's disease 孛來忒氏病 66
brilliant green 煌綠 192, 1200
bronchiectasis 枝氣管擴張 781
bronchocele 甲狀腺腫 747, 755
Bronchoscope, Killian's
 奇利安氏氣管鏡 758
bronchus, foreign bodies in
 氣管內外物 759
Brownian movements
 孛郎氏動作現象 2
bruise 挫傷 159
bubo 橫痃 105
bunion 蹞囊炎腫 376
burns 火傷 83
bursæ, adventitious 偶發滑囊 348
 disease of 滑囊病 348
 special 特別滑囊 349
bursitis 滑囊炎 348

C

cachexia in malignant disease
 惡性病所致之惡病質 135
calcium lactate in hæmophilia
 乳酸鈣(易出血性) 242
calculus anuria 石塞性尿閉 1025
 pancreatic 胰腺石 918
 prostatic 前列腺石 1058
 renal 腎石 1023
 salivary 涎石 706
 vesical 膀胱石 1046-1053
callipers (traction) 牽引鉗 435
callus 骨痂 402
calvarium, syphilis of
 顱蓋骨梅毒性病 462

		PAGE
cancer en cuirasse	鎧甲癌	800
cancer,	癌	147
colloid	膠樣癌	152
columnar	柱狀細胞癌	152
scirrhus	硬性癌	151
treatment of	癌之治法	153
cancrum oris	口頰壞死	82
capillary hæmorrhage	毛細管出血	227
nævus	毛細管痣	288
carbonic acid snow	二氯化炭雪	288
carbuncle	癰	327
carcinoma (bone)	癌	133, 471
scirrhous	硬性癌	151, 779, 1065
Carden's amputation	卡登氏術	1148
cardiolysis	心鬆解術	784
caries	骨瘍	448
of spine	脊椎骨瘍	575
carotid artery, aneurism of	頸總動脈瘤	262-263
carpal bones, dislocation of	腕骨脫位	490
carpus, fractures of	腕骨折	419
Carrel-Dakin treatment of wounds	卡迨二醫士之治法	59, 193
Carr's splint	卡耳氏夾板	417
cartilage, affections of, in joint disease	關節病關節軟骨被染	516, 526 534
loose, in joint	關節內活動物	536, 541
cartilages semilunar, injuries of	半月板受傷	499
caruncle, urethral	尿道口之肉阜	1068
caseation	乾酪樣變	124
castration, operation of	睾丸截除術	1102
catarrhal	卡他性炎	23
catgut	羊腸線	206, 235
catheter Coudé	單彎導尿管	1062
— life	放尿期	1062
catheter, eustachian	耳咽管導管	733
catheterism, asepsis in	潔治導尿管法	1071
causalgia	燒灼性痛	1182
caustics, gangrene from	因潰蝕藥而成壞疽	81
cauteries	烙器	218
cauterization for hæmorrhage	止出血烙術	233

		PAGE
cavernous sinus, injury of	海綿竇受傷	629
cell-nests	細胞窩	335
cellulitis	蜂窩織炎	42, 43, 53
pelvic	骨盆蜂窩織炎	55
varieties of	蜂窩織炎之分類	54
cephal-hæmatoma	顱頂蓋血腫	590
cerebellum, abscess of	小腦膿腫	640
cerebral abscess	大腦膿腫	608, 609, 637
compression	腦受壓	619
concussion	腦受震	616
hæmorrhage	腦出血	632
irritation	大腦過敏	618
tumors	腦腫瘤	642
cerebro-spinal fever	腦脊膜炎熱症	615
fluid, characters of	腦脊液之性質	615
escape in fractures of base of skull	顱底骨折之腦脊液流出	601
cerumen in ear	耵聹塡塞	733
cervical rib	頸肋	354
chancre, hard (syphilitic)	下疳(梅毒)	107
soft	軟下疳	71, 104
chancroid, see soft chancre	同上	71, 104
Charcot's disease	夏科氏關節病	539
cheek, repair of	頰修補術	660
chemotaxis	趨化機	18
chest, opening of	開胸腔術	780
cheyne-stokes respiration	切斯妥氏呼吸	620, 625
chilblains	凍瘡	329
chloramine-T	克羅拉民替	1200
chloroform,	吸哥羅芳	1160
chlorophyll	葉綠素	1
chlorosis	萎黃病	34
cholangitis,	膽道炎	908
cholecystitis	膽囊炎	908, 906
cholelithiasis	膽石病	910
chondroma	軟骨瘤	140
Chopart's amputation	跗骨中截斷術	1144
chordee	陰莖痛性勃起	101
chorion-epithelioma	絨毛膜上皮癌	1116
chylous ascites	乳糜性水腹	829
chyluria	乳糜尿	1007
circular amputation	環形割口截斷術	1128

PAGE

circumcision 包皮環截術 1081
circumflex nerve, injury of 腋神經損傷 317
Civiale's urethrotome 息斐氏尿道刀 1075
clamp and cautery operation for hæmorrhoids 痔之夾及烙法 988
clavicle, dislocation of 鎖骨脫位 482
— fracture 鎖骨折 403
clavus 雞眼 328
claw-foot 弓形足 375
cleft palate 腭裂 709-714
Cline's splint 克來印氏夾 445
cloaca (bone) 骨包壳瘻 451
Clover's inhaler for administering ether 吸醚器具 1163
club-foot 畸足 368
coagulation necrosis 凝固性壞死 20
cocaine, use of, as an anæsthetic 用科卡印之痲術 1154
cocci 球菌 3
coccyx, excision of 剜出尾骨 422
coccyx, fracture of 尾骨折 422
cochlea, disease of 耳蝸病 737
Cock's operation of perineal section 會陰處膀胱切開術 1075
"cock-up" splint 擎起夾板 211
cold, effects of, on tissues 組織受凍 82
colectomy 結腸截除術 881
Coley's fluid 科利氏溶液 138
colic, appendicular 闌尾痠痛 891
biliary 膽痠痛 912
intestinal 腸痠痛 870
renal 腎石痠痛 1025
colitis 結腸炎 865
collapse 精力虛脫 182
Colles's fascia 會陰筋膜 1079
fracture 柯雷斯氏骨折 (橈骨下端折) 415
colostomy 結腸成口術 871, 876
colour-index (blood) 色度 (血) 30
coma, diabetic 糖尿病之昏迷 1006
comminuted fracture 粉碎折 381
common bile-duct 輸膽總管 907
complications of fracture 骨折之併發病 389

PAGE

compound (open) dislocations 哆開脫位 478, 481
fractures 哆開骨折 391
compression, cerebral 腦受壓 619
concussion of brain 腦受震 185, 616
,, of spinal cord 脊髓受震 564
condylomata 梅毒濕疣 110, 146
conjunctivitis, gonorrhœal 淋病性結合膜炎 102
connective tissue tumors 由結締織所成之瘤 136
constipation in intestinal obstruction 腸梗阻所致之大便秘結 958, 973
in peritonitis 腹膜炎病常有大便秘結 821
contraction, Dupuytren's 掌腱膜收縮 362
contracture, Volkmann's 服克曼氏攣縮 391
contrecoup laceration of brain 對側腦撕裂 622
contused wounds 挫傷 159
coracoid process of scapula, fracture 喙突折 404
cord, hemisection of 脊髓半橫折 569
spermatic affections of 精索病患 1086
corns 雞眼 328
costal cartilage, separation of 肋軟骨分離 402
counter-irritation 反感激刺法 29
cowper's glands 尿道球腺 102, 1079
coxa plana 髖關節平扁 1196
valga 髖外翻 364
vara 髖內翻 364
coxalgia 髖痛 554
coxitis, tuberculous 髖關節結核病 546
cranial nerves, affections of 腦神經病 309-316
cranio-cerebral topography 腦及顱骨局學部 610
cranioplasty 顱骨修補術 614
craniotabes 顱骨軟化 464
cranium, affections of 頭顱病 593-607
opening of 開顱術 613
crepitus 有擦音 382
in joints 關節擦音 510

PAGE
cretinism 克汀病 748
Crile, pathology of shock
克瑞勒氏腦力猝衰之病理 1174
crucial ligaments, rupture of
膝义韌帶破裂 498
crutch palsy 腋杖痲痺 391
cubitus valgus and varus
肘外翻及內翻 1189
cuboid, tuberculosis of 方骰骨結核 461
culture method (bacteria)
培養細菌法 8
cupping 杯術 28
cure, radical, of hernia
赫尼亞斷根療法 934
curvature of spine, angular
脊椎角形彎曲 575
Cushing's suture 刻輿氏正角縫術 814
cut throat 刎頸 745
cystectomy 膀胱截取術 1045
cystic duct 膽囊管 907
cystitis 膀胱炎 1035
in spinal affections
脊柱病之膀胱發炎 562, 581
cysto-adenoma of breast 乳房囊腺瘤 797
of ovary 卵巢囊腺瘤 1121
cystoscopy 膀胱鏡檢術 1032, 1038, 1142
cystotomy, perineal 會陰膀胱切開術 1039
suprapubic 恥骨上膀胱切開術 1039
cysts 囊腫 132, 155-158
of breast 乳房囊腫 793
parovarian 卵巢冠囊腫 1122
Czerny-Lembert suture
車內連孛二氏縫術 813

D

dactylitis 指趾炎 459
Dakin's solution 迨金氏溶液 1179, 1199
death, signs of, in tissues 組織之死徵 73
deciduoma malignum 絨毛膜上皮癌 1116
decompression for cerebral injuries
大腦損傷之減壓術 626, 649
deformities 畸形 352-378
of feet 畸足 368
degeneration, reaction of 變性反應 1192
delirium 譫妄 187
deltoid muscle, paralysis of 三角肌癱 317
demarcation, line of, in gangrene
壞疽界限之紅紋 74
dental cysts 齒囊腫 663, 670
depressed fracture of skull
顱骨凹陷折 602, 648
derangement of knee-joint, internal
膝關節內部錯亂 496
dermoid cysts 皮樣囊腫 155, 593
diabetes 糖尿病 1005
diaphragm, congenital defects in
先天性膈肌發育不全 946
diaphysitis, acute 急性骨幹炎 450
dichloramine-T 待克羅拉民替 1200
dietl's crises 復發性急痛及嘔吐之狀 1012
dilatation, acute, of stomach
急性胃擴張 849
of colon, idiopathic
特發性結腸擴張 872
diphtheria 白喉病 3, 88
diplococcus gonorrhœæ
淋病雙球菌 97
intracellularis 腦脊炎雙球菌 632
of rheumatism
僂痲質斯病雙球菌 522
ureæ liquefaciens
溶膠性尿素雙球菌 1035
dislocations 關節脫位 389, 478-481
of spine 脊柱脫位 562
special 特種脫位 481-504
disunited fracture 復斷性骨折 398
diverticulitis 憩室炎 866
diverticulum esophageal 食管憩室 726
Meckel's 美克耳氏憩室 860, 962
of bladder 膀胱憩室 1041
drainage of empyema 膿胸之引流法 778
of wounds 創傷排液 164
dressings 敷料 208
drowning 溺水 785
dry gangrene 乾性壞疽 73
duct cancer (of breast) 輸乳管癌 801
duodeno-jejunal fossa 十二指腸空腸凹 962

PAGE
duodenum, ulcers of 十二指腸潰瘍 857
Dupuytren's classification of burns 火傷之分級 83
contraction 掌腱膜收縮 361, 362
fracture 杜剖湯氏骨折 444
splint 杜剖湯氏夾 445
dura mater, inflammation of 硬腦膜發炎 604, 633
dysentery 痢疾 868
dysphagia 嚥下困難 731
dyspnea 呼吸困難 784

E

ear, affections of 耳病 732
middle, affections of 中耳病 734
ecchondroses 軟骨瘤 641
ecchinococcus, tænia 旋毛蟲 157
ecthyma 深膿皰 112
ectopia testis 睾丸錯位 1084
vesicæ 膀胱外翻 1034, 1066
ectopic gestation 子宮外孕 1118
eczema, varicose 靜脈生濕疹 285
eggshell crackling 雞蛋破裂聲 468, 609
Ehrlich-Hata's salvarsan 歐立區哈達二氏薩乏散 114
elbow dislocation 肘關節脫位 487
elbow, tuberculous disease of 肘關節結核病 531
electricity as a diagnostic agent 電診斷之用 220
as a therapeutic agent 電治療之用 222
for atony of bladder 膀胱肌弱電療法 1056
use of, in surgery 電療法 (外科) 220
electrolysis 電解 222, 259, 289
elephantiasis 象皮病 294
emboli 栓子 279
embolism 栓塞 280
empyema 膿胸 777
of antrum 上頜竇生膿 667
of frontal sinuses 額竇膿病 608-609
of gall-bladder 膽囊積膿 912
encephalitis 腦炎 634, 635
endarteritis 動脈內膜炎 250

PAGE
endometritis 子宮內膜炎 103
endothelioma 內皮瘤 154
endotracheal administration of ether 氣管內吹醚術 1169
enteritis 腸炎 865
enterolith 腸石 864
enteroptosis 腸下垂 867, 872
enterospasm 腸痙攣 965
enterostomy 腸成口術 875
enuresis, nocturnal 夜間遺尿 1054
enzymes 酶 (酵素) 5, 47
eosinophilia 嗜伊紅白血球 33
epicritic sensation 厄皮克替感覺 305
epididymitis, 副睾炎 1089
epiglottis, affections of 會厭病 761
epilepsy, Jacksonian 加克森氏癇 647
epiphysis, separation of 骺脫離 381, 407, 413
epiphysitis syphilitic 梅毒性骨骺炎 464
tuberculous 結核性骺炎 461
epiplocele 網膜赫尼亞 925
epiplopexy, operation of, for ascites 大網膜縫定術 830
epispadias 尿道上裂 1066
epistaxis 鼻衄 692
epithelioma 鱗狀細胞癌 149, 592
epulis 齦瘤 665, 716
erasion of joints, operation of 關節刮術 530
ergot, gangrene from 中麥角性壞疽 79
erysipelas 丹毒 87
Esmarch's operation for closure of jaw (頜閉不動) 頜角割去楔形骨手術 678
esophagotomy 食管切開術 727
esophagus, affections of 食管病 725
Estlander's operation for chronic empyema (慢性膿胸) 厄司蘭德氏手術 780
ether, method of administering 施醚法 1163
ethmoid, disease of the 篩骨蜂窩病 687
ethyl chloride as an general anesthetic 以氯化醚爲痲醉之用 1168
eupad 由帕 1199

PAGE

eusol 攸瑱 197, 1199
excision of joints 關節割取術 553-556
exercises 操練法 213
exomphalos 先天性臍赫尼亞 943
exophthalmic goitre 突眼性甲狀腺腫 750, 752
exostoses 骨疣 142, 599
extension by weight 墜錘牽伸法 427
extension in fractures 牽伸法(骨折) 384, 427
extraction of teeth 取齒術 664
extravasation of urine 尿外滲 1014, 1034, 1079
extroversion of bladder 膀胱外翻 1033, 1066
exudation 血滲出 18

F

facial nerve, affections 面神經病 313
  paralysis 面癱 736
facies, Hippocratica 希波卡特氏面容 822
fæcal fistula 糞瘻 816
  impaction 糞嵌入(腸) 967
  vomiting 吐糞 959, 973
fallopian tubes, affections of 輸卵管之病患 1116
false joints 假關節 397
feet, deformities of the 畸足 368, 1190
female genital organs, surgery of 婦女生殖器之外科 1105
femoral artery, ligature of 縛股動脈 266, 275
  hernia 股赫尼亞 939
femur, fracture of 股骨折 423-442
  neck of, fracture of 股骨頸折 423
fever 發熱 23
  catheter 導尿性熱 1062, 1073
  hectic 癆瘵熱 50, 454
fibro-adenoma of breast 乳房之纖維腺瘤 796
fibroids, uterine 子宮之纖維肌瘤 1109
fibroma 纖維瘤 140, 592
fibula, fracture of 腓骨折 443
fifth nerve, affections of 第五神經(三叉神經)病 310

PAGE

filaria bancrofti 班克羅夫氏絲蟲 294
filaria sanguinis hominis 班克羅夫氏血絲蟲 280, 294, 1107
fingers, deformities of 畸形手 360
first aid in fractures 骨折之救急療法 383
first intention, healing by 第一期癒合 177
fissure of anus 肛門裂 983
  of Rolando 中央溝 610
fistula 瘻 49
  branchial 鰓瘻 742
  fæcal 糞瘻 818
  -in-ano 肛門瘻 981
  umbilical 臍瘻 818
  urinary 尿瘻 1080
flask, transfusion, Robertson's 羅伯村氏輸血瓶 1176
flat-foot 平蹠足 373, 1190
flavine 法拉汾 193, 1200
floating kidney 浮遊腎 1010
foot, amputations of 足截斷術 1143-1147
forcipressure treatment of hæmorrhage 止出血之鑷壓法 235
forearm, amputation through 前臂截斷術 1140
  , fracture of bones of 下臂骨折 413
foreign bodies in air passages 呼吸道內之外物 758
  — — — bladder 膀胱內異物 1035
  — — — bowel 腸內異物 963
Fowler's position in peritonitis 腹膜炎之否琉耳氏臥式 809, 822
fracture-dislocation of ankle 髁骨折關節脫位 443
  of spine 脊柱折 559-562
fractures 骨折 379
  green-stick 屈曲骨折 379
  of skull 骨顱折 598-607
  operative treatment of 骨折之手術療法 387
  special 特殊骨折 398
fragilitis ossium 骨脆病 380
Frank's operation of gastrostomy 胃成口術之蘭克氏手術 851
freezing for anesthesia 凍性麻術 1154

PAGE

frontal bone, fracture of 額竇前壁折 608
sinuses, affections of 額竇病 607
frostbite 凍瘡 82
functional derangement of bladder 膀胱官能病 1053
functions of cerebral cortex 大腦外質之官能 623
funicular hernia 鞘膜赫尼亞 928
furuncle 癤 326

G

gall-bladder, affections of 膽囊病 907
gallstones 膽石 910
galvanic electricity in diagnosis 賈法尼電流診斷法 220
galvano-cautery 電烙 218
ganglion 腱鞘囊腫 344
gangrene 壞疽病 20, 73-85, 267
in intestinal obstruction 腸梗阻所致之壞疽 959
of intestine in hernia 絞窄性赫尼亞之腸成壞疽 951
varieties of 壞疽之分類 75
gas and oxygen 笑氣及氯 1158
gas gangrene 氣性壞疽 190, 194
gasserian ganglion, removal of 半月神經節截除術 311, 312
gastralgia, appendicular 闌尾炎性胃痛 892
gastrectomy 胃截除術 853
gastric ulcer and its effects 胃潰瘍 837
gastritis 胃炎 837
gastro-duodenostomy 十二指腸胃吻合術 857
gastro-enterostomy, operation of 腸胃吻合術 854
gastroptosis 胃下垂 849
gastrostomy 胃成口術 730, 850
gastrotomy 胃切開術 850
gauze for dressings 敷料 208
genital organs of female, affections of 婦女生殖器病 1105-1126

PAGE

genu recurvatum 膝反屈 367
valgum 膝外翻 365
varum 膝內翻 367
Gigli's saw 基革利氏鋸 387, 613
gingivitis 齒齦炎 662
glanders 鼻疽 129
glands, lymphatic, affections of 淋巴腺病 295
salivary, affections of 涎腺病 704
syphilitic 梅毒性淋巴腺病 296
tuberculous 結核性淋巴腺病 296
gleet 後淋 98
gliomata 神經膠質瘤 145
glosso-pharyngeal nerve, affections of 舌咽神經病 315
glottis, acute edema of 急性水腫性喉炎 760
gloves, use of, for operating 割症時之長衫 205
goitre 甲狀腺腫 749, 755
exophthalmic 突眼性甲狀腺腫 752
varieties of 甲狀腺腫之種類 751
gonorrhœa 淋病 97
Gooch's splint 古氏夾 416
gouty arthritis 痛風性關節炎 523
grafts, bone 骨接植術 473
nerve 神經接植術 306
pedicle 蒂形植皮術 1180
gram's method of staining organisms 革蘭氏染色法 8, 97
granulation tissue 肉芽組織 46, 74, 176, 383
granulomata 肉芽瘤 28
Grave's disease 格雷弗氏病 752
great sciatic nerve, disease of 坐骨神經病 321
operations on 坐骨神經手術 322
green-stick fracture 屈曲骨折 379, 380
gumboil 齦膿腫 662
gumma 梅毒瘤 112
subperioteal 骨衣梅毒腫 462
gums, affections of 齒齦病 665
gunshot wounds 鎗彈傷 170, 189, 196
gymnasium 操練室 214

H

PAGE

haematoma 血腫 160, 590
haematuria 血尿 1006
haemoglobinuria 血紅素尿 78
haemocytometer 血球計 30
haemoglobinometer 血紅素計 30
haemophilia 血友病 242
haemoptysis 咯血 227
haemorrhage 出血 227-242
  cerebral 腦出血 632
  gastric 胃出血 839
  meningeal 腦膜出血 629
  spinal 脊髓出血 564
haemorrhoids 痔 985-989
haemostatics 止血 234
haemothorax 胸膜腔積血 402, 773
hallux rigidus 僵踇 376
  valgus 踇外翻 376
hammer toe 槌狀趾 377
Hammond's wire splint for fracture of lower jaw 哈門氏頷骨折夾板 401
hand, amputations of 手截斷術 1138
  deformities of 畸形手 361
hands, sterilization of 淨手法 205
harelip 脣裂 651-655
Hartley-Krause operation for the removal of Gasserian ganglion 半月神經節截除術 312
head injuries 頭顱損傷 598
healing of wounds 創傷之痊合 177
hearing, investigations of 試其聽力如何 734
heart, wounds of 心之創傷 782
heat as a sterilizing agent 熱滅菌之用 205
  as a haemostatic 用熱水止血法 233
  remedial use of, in surgery 熱療法 215-218
heels, painful 足跟痛 1191
hernia, abdominal 赫尼亞 923-958
  obstructed 痡閉性赫尼亞 948
  strangulated 絞窄性赫尼亞 949
  obturator 閉孔赫尼亞 947

PAGE

  cerebri 大腦赫尼亞 649
  operations 赫尼亞斷根療法 934
  diaphragmatic 膈赫尼亞 946
  umbilical 臍赫尼亞 943
  ventral 腹赫尼亞 945
  femoral 股赫尼亞 923, 939
  inguinal 腹股溝赫尼亞 927
  of lung 肺赫尼亞 776
  testis 睾丸赫尼亞 1093
hip dislocation 髖關節脫位 490
Hewitt's gas and ether apparatus 胡氏笑氣調醚器 1163
hip-joint diseases 髖關節病 546
Hilton's method of opening abscesses 希勒呑氏開膿腫法 48
hip joint, acute arthritis of 髖關節之急性炎 532, 546
  amputation through 髖關節截斷術 1150-1152
  tuberculous disease of 髖關節結核病 546
Hodgen's splint 何金氏夾 429
Hodgkin's disease 何杰金氏病 34
horseshoe fistula 玦形瘻 981
hollow-foot 弓形足 375
hot-air baths 熱氣浴 217
hour-glass stomach 葫蘆形胃 842
housemaid's knee 髕前皮下囊 349
humerus, fracture of 肱骨折 405
Hunter's canal, ligature of femoral artery in 縛動脈在內收肌管處 275
Hutchinson's teeth 遺傳梅毒之葫頓森氏齒 121
hydatid cysts 包蟲囊腫 157, 904
hydrocele 陰囊水囊腫 1095
hydrocephalus 腦內積水 594
hydrogen, peroxide of 二氧化氫 82, 204
hydronephrosis 腎盂積水 1014
hydrophobia 瘈咬病 92, 94
hydrops articuli 關節水腫 524
hydrosalpinx 輸卵管水腫 1118
hygroma, cystic 液囊瘤 744, 293
hyoid bone, fracture of 舌骨折 401
hyperaemia, induced (Bier) 充血法（畀耳氏） 27

PAGE

hyperchlorhydria 胃酸過度 835, 842, 848, 857
hypernephroma 腎上腺腫瘤 1029
hypertrophy 組織過長 132
hypodermoclysis 鬆結締織 230
hypoglossal nerve, injury of 舌下神經之受累 316
hypospadias 尿道下裂 1066
hysterectomy, abdominal 開腹截除子宮術 1111
vaginal 陰道上截除子宮術 1115
hysteropexy (ventro-fixation) 子宮腹壁固定術 1108

I

ileum, perforation of 迴腸之下部穿破 863
ileus 腸梗阻 959
implantation lateral 丁字形腸吻合術 882
immunity 免疫性 11-16
acquired 後天免疫性 12
active 自動免疫性 12
passive 被動免疫性 13
incision in abdominal operations 腹壁割口 807
incontinence of fæces 大便失禁 567
of urine 小便失禁 1054
infantile scurvy 嬰兒壞血病 465
infarct 梗塞 281
infection 傳染 9
infection, general 全身傳染 10
local 局部傳染 10
infections, non-specific pyogenic 非特原膿性傳染 42
inferior dental nerve, operations on 下齒神經手術 312
inflammation 炎病 17
chronic 慢性炎 27-29
symptoms of 炎之症狀 21-24
inflammation, varieties of 炎之分類 23
treatment of 炎之治法 24
inflation of bowel in intussusception 腸套疊之射氣法 971

PAGE

infraorbital nerve, operations on 眶下神經手術 311
infusion of salt solution 靜脈輸入鹽液法 229, 63, 810
ingrowing toenail 嵌甲 333
inguinal hernia 腹股溝赫尼亞 927-939
innominate artery, aneurism of 無名動脈瘤 261
inoculation (bacteria) 接種瘤 8
inoperable malignant disease, treatment of 不能截除之惡瘤治法 138
insanity, traumatic 損傷性癲癎 648
insect stings 昆蟲類螫傷 170
intermaxilla in harelip 上頷骨(缺脣) 652
interstitial inflammation 間質炎 24
intestinal anastomosis 腸吻合術 880
intussusception 腸套疊 968
obstruction 腸梗阻 959-974
paralysis 腸壁癱瘓 960
sutures 縫腸術 812
ulcers 腸潰瘍 863
intestines, affections of 腸病 859
gunshot wounds of 腸槍傷彈 200
operations on 腸手術 875
intestines, perforation of 腸穿破 863
intracranial aneurism 顱內動脈瘤 263
intracranial inflammation 顱內炎 632
intracranial vessels injuries to 腦內血管損傷 629
intramedullary peg 髓管栓接楠術 475
intratracheal insufflation of ether 氣管內吹醚法 781, 1196
intravenous administration of ether 靜脈內射醚法 1168
infusion 靜脈輸入鹽液法 229
intubation of larynx 喉插筒術 760, 771
intussusception 腸套疊 970
involucrum 包殼 450, 454
iodides in syphilis 碘化鉀(梅毒病) 118
iodoform 碘芳 48, 204
and glycerine 碘芳甘油 129
ionic medication 伊洪療法 223
ipecacuanha in hepatitis 吐根治肝病 903

PAGE
iritis, syphilitic 梅毒性虹膜炎 111
irrigation of urethra and bladder
in gonorrhœa
淋病之尿道及膀胱灌洗法 99
of urinary bladder 膀胱灌洗術 1038

J

jaundice, catarrhal 卡他性黃疸 909
jaw dislocation 頷脫位 481
fracture 頷骨折 399
lower, closure of 下頷鎖閉 677
— , excision of 下頷骨截除術 676
necrosis 頷骨壞死 666
upper, excision of 上頷骨截除術 672
jaws and lips, affections of
脣及頷部之患 651
jejunostomy 空腸成口術 875
joints, adhesions in 關節內粘連 348
diseases of 關節病 505-556
excision of 關節截除術 553
false 假關節 397, 479
implication of, in fracture
骨折累及關節 389
injuries of 關節損傷 476-504
loose bodies in 關節內活動物 541
operations on 關節手術 507, 553
syphilitic affections of
梅毒性關節病 534
tuberculous disease of
結核性關節病 525
jugular vein, ligature of
縛頸靜脈 283, 741
Junker's inhaler 陣克氏吸器 1162

K

kangaroo tendon 袋鼠肌腱 235
Keith's glass tubes
奇武氏玻璃引流管 809, 823
keloid 瘢痕疙瘩 225
keratitis interstitial 角膜炎 120
PAGE
kidney, affections of 腎病 1001-1031
floating, etc. 浮遊腎 1010
injuries of 腎之損傷 1013
tumours of 腎腫瘤 1028
Klapp's suction ball 克拉潑氏吸球 26
knee amputation through
膝關節截斷術 1148
dislocation 膝脫位 496
knee joint, arthritis of 膝關節炎 519
congenital affections of
先天性畸形膝 365
effusion into 膝關節滲液 506
gunshot wounds of 膝關節之鎗彈傷 196
tender points 膝關節之痛點 497
tuberculous disease of 膝關節結核病 532
knock-knee 碰膝(膝外翻) 365
Koch's postulates 科什氏例 8
Tuberculin 科什氏結核桿菌素 13
Kraske's method of excision of
rectum 柯拉斯克氏直腸截除術 996
kyphosis 脊柱後凸 358

L

labium, cysts of 陰脣囊腫 1106
labyrinthitis 內耳炎 737
lacerated 裂傷 165
lachrymal bone, fracture of 淚骨折 399
laminæ, fractures of 椎骨板折 559
laminectomy 椎板截除術 569
Lane's ileal kink 藍氏廻腸糾搭 873
plates 藍氏鐵板 388
laparotomy for abdominal wounds
腹部傷之施腹剖術 817
lardaceous disease 蠟樣變病 51, 921, 1004
laryngeal paralysis 喉癱瘓 761, 770, 315
stenosis 喉狹窄 747, 761, 766, 771
laryngotomy 喉切開術 765, 758
larynx, diseases of 喉病 760-763
intubation of 喉插筒術 771
wounds of 喉傷 760
lateral anastomosis of intestine
腸旁吻合術 881, 871

PAGE

lavage of stomach 灌洗胃術 850
leg amputation 小腿截斷術 1147
  fracture of 小腿折 442
Legg's disease 髖關節平扁 1196
leiomyoma 平滑肌瘤 143
Leiter's tubes 來忒氏涼水管 1013
Lembert's intestinal stitch 連孛氏縫術 812
leontiasis ossea 骨性獅面 670
leprosy 痲風病 130
leucocytes 白血球 31
leucocythemia 白血球增多病 32
leucocytosis 白血球增多 32
leucopenia 白血球減少 32
ligament, round, affections of 圓靱帶之病 1106
ligamentum patellæ, bursa beneath 髕下深囊 350
ligature of vessels 縛血管術 266-277
ligatures, changes in 縛線之改變 236
  preparation of 縛線之預備 206, 235
light, use of, in surgery 光療法 219
lightning pains of Charcot's disease 夏科氏病 539
inea alba, fatty hernia of 白線脂肪性赫尼亞 139, 945
lingual artery, ligature of 舌動脈之縛術 270, 702, 704
linseed poultices 亞蔴泥罨劑 216
lipoma 脂肪瘤 139, 592
lips and jaws, affections of 脣及頷部之患 651
Lister's antiseptic treatment of wounds 李司通氏傷口防菌法 203
Liston's long splint 李司通氏長夾板 428
litholapaxy 碎石洗出術 1049
lithotomy, perineal 會陰截石術 1052
  suprapubic 恥骨上截石術 1051
lithotrity 膀胱石夾碎術 1049
Littre's hernia 利忒氏赫尼亞 949
liver, affections of 肝病 899, 906
  gunshot wounds of 肝之槍彈傷 199
local anæsthesia, methods of inducing 使局部痲木法 1154

PAGE

localization in cerebral injuries 腦受傷辨位 622-625
locomotor ataxy, joints in 運動性共濟失調之關節 539
loose bodies in joints 關節內活動物 541
lordosis 脊柱前凸 359
Ludwig's angina 膿性頷下炎 55
lumbago 腰痛 341, 217
lumbar puncture 腰脊刺術 615
lung, actinomycosis 肺放線菌病 131
lungs, affections of 肺病 772-782
  embolus in 肺內栓子 281
  surgical affections of 肺之外科病 772
lupus 狼瘡 330
  vulgaris 眞狼瘡 330
luxation of joints 關節完全脫位 478
lymphadenitis 淋巴腺炎 295
lymphadenoma 何杰金氏病 299
lymphangiectasis 淋巴管擴張 293
lymphangioma 淋巴管瘤 293
lymphangitis 淋巴管發炎 291, 109, 327, 696
lymphatic glands, affections of 淋巴腺病 295
lymphatics, disease of the 淋巴管及淋巴腺病 291, 301
  leukemia 淋巴腺白血病 300
lymphocytes 淋巴球 28, 31, 301
lymphocytosis 淋巴球增多 33
lympho-sarcoma 淋巴肉瘤 301
lysol 來蘇 24

M

McBurney's spot 馬克孛耳氏點 889
MacEwen's operation for hernia 治赫尼亞之馬克猶恩氏手術 937
Macintyre's splint 馬肯台氏夾板 431, 442
macrocheilia 巨脣 293
macroglossia 巨舌 293
Madura foot 足分枝菌病 131
main-en-griffe 爪形手 320
malaria 瘧 34
malignant adenoma 惡性腺瘤 151
  pustule 惡性膿皰 96

PAGE

mandible, dislocation of 下頷脫位 481
 excision of 下頷骨截除術 676
 injuries of 下頷骨折 399
 tumors of 下頷骨腫瘤 674
mask, Rendle's 壬氏面罩 1167
 Schimmelbusch's 輿美氏面罩 1162
massage 按摩法 29, 212
 for fractures 骨折後揉揑法 387
mastitis 乳房炎 788
mastoid antrum 顳鼓竇 737
mattress, divided 分為四份之褥 437
 suture 褥縫術 813
maxilla, affections of 上頷竇之病 667
 excision of 上頷骨截除術 672
 fracture of 上頷骨折 399
 tumors of 上頷骨腫瘤 670
Meckel's diverticulum
 美克耳氏憩室 818, 860
median nerve, affections of
 正中神經病 319
medulla oblongata, injury of
 延髓受傷 625
medullary 髓樣癌 151
melæna 黑糞 227
membrana tympani, appearances of
 鼓膜 733
meningitis, cerebral
 腦膜炎 634, 604, 615, 740
 spinal 脊髓膜炎 565, 581
 tuberculous 結核性腦膜炎 636
meningocele 脊髓膜膨出 571, 593
meningococcus 腦膜炎雙球菌 8
menorrhagia 月經過多 1110
mercurialism 汞中毒 118
mercury in syphilis 用汞治梅毒 115-121
mesenteric glands, affections of
 腸系膜淋巴腺病 832, 962
mesentery, affections of 腸系膜病 832
metacarpal bones, disease of 掌指骨症 460
 dislocations of 掌骨脫位 490
 fractures of 掌骨折 420
metabolism, basal 基本代謝 753
metastasis 遷徙病 24
methylene blue stain 美藍染料 7
 test 美藍試法 1003

PAGE

micrococci 球菌 3
Middledorff's splint 密氏夾板 407
military surgery 軍醫外科 189
mollities ossium 骨質軟化 466
molluscum contagiosum
 接觸傳染性軟疣 334
monarticular osteo-arthritis
 單關節骨關節炎 536
mononuclear cells 單核白血球 31
morbus coxæ 髖關節結核病 546
motor nerves, effects of division of
 神經斷後之效果 303
mouth, affections of 口病 694
moveable kidney 能動腎 1010
movement, active and passive
 被動及主動法 1325
mucous patch 粘膜斑 111
 polypus of nose 鼻之粘液性息肉 688
 tubercles 濕疣 110
mumps 流行性腮腺炎 704
muscles, affections of 肌病 337
muscles-splitting, method of
 分肌法之割口 808, 878, 894
musculo-spiral nerve 橈神經 317, 807
mycetoma (Madura foot) 足分枝菌病 131
myelitis, spinal 脊髓炎 563, 580
myelocele 脊髓膨出 571
myeloma 骨髓瘤 468, 226, 142
myoma 肌瘤 143
myositis 肌炎 340
myxœdema 克汀病 467, 748
myxoma 粘液瘤 136

N

nævus 痣 289, 225, 222
nails, affections of 指甲病 332-333
nasal fossæ 鼻梁塌陷 679
 septum 鼻中隔 683, 398
naso-phharynx, disease of
 咽之鼻部病 679
neck, surgery of the 頸部外科 744-756
necrosis bone 骨壞死 448
neoplasms 贅瘤 132

PAGE

neo-salvarsan 新薩爾之散 115
nephrectomy 腎截除術 1030, 1021
nephritis 腎炎 1017
nephrolithotomy 腎石截除術 1026
nephropexy 腎固定術 1012
nephrostomy 腎剖術 1018, 1020, 1016, 1023
nerve grafting 神經接植術 306
  roots, affections 神經根病 323
  divided, union of 斷神經之接連術 1183
  stretching 神經扯張術 314
nerves, affections of 神經病 302-325
  special, affections of 特別神經病 309-323
  tumours of 神經瘤 143-145
  wounds of 神經之創傷 1181
neuralgia 神經痛 308
neurasthenia 神經衰弱 566, 618
neuritis, acute and chronic 急性與慢性神經炎 307
  optic 視神經炎 309
neuroma 神經瘤 143, 1181
nevo-lipoma 痣性脂肪瘤 290
nipple, affections of 乳頭病 786
nitrous oxide gas, method of using 笑氣之用法 1157
node, syphilitic 骨之梅毒結 111
noma 口頰壞死 82, 75
normal blood 正常血 35
nose, affections of 鼻病 679
nystagmus 眼球震顫 737, 644

O

obstruction, intestinal 腸梗阻 959-974
odontomata 牙瘤 145
O'Dwyer's intubation tubes 俄待耳氏筒 770
œdema lymphatic 皮下組織水腫, 淋巴性水腫 294, 800
  malignant 惡性水腫 81
  of brain 顱腦水腫 621, 622
  of glottis 喉門水腫 55, 760
œsophagus, affections of 食管病 725-731
olecranon, bursa 尺骨鷹嘴之滑囊 35, 505
  fracture of 鷹嘴折 413

PAGE

omentum, affections of 大網膜病 831
onychia 甲溝炎 332
open method for chloroform 施哥羅芳之開放痲醉法 1164
operating room 手術房 205
operation, instruments for 手術用器具 206
operations, abdominal, remarks on 腹部手術要綱 806
  technique of 剖腹之技藝 806-814
operative surgery, technique of 手術普通技藝 203-209, 191, 198
ophthalmia neonatorum 初生兒眼炎 102
opisthotonos 後弓反張 92
optic atrophy 視神經萎縮 309, 644
orchitis, acute 急性睾丸炎 1088
organization of blood-clot, healing by 血塊機化痛合 179, 457, 905
orthopedic surgery 畸形外科 352
orthopedics, principles of 矯形外科之原理 1186
os calcis, fractures of 跟骨折 446
osteitis deformans 畸形性骨炎 467
  syphilitic 梅毒性骨炎 462
  tuberculous 結核性骨炎 458
osteo-arthritis 骨關節炎 535, 540
osteo-arthropathy, hypertrophic 過長性骨關節病 468
osteogenesis, imperfecta 成骨不全 446
osteoma 骨瘤 142
osteo-malacia 骨質軟化 466
osteo-myelitis 骨髓炎 450
  acute, infective 急性傳染性骨髓炎 596
osteo-periostitis 骨及骨衣炎 457
osteophytes 骨贅 516
osteo-porosis 骨瘍 448
osteo-sarcoma 骨肉瘤 469
osteo-sclerosis 骨質硬化 449
otitis media 中耳炎 734
otorrhœa, chronic 慢性耳溢液 735
ovarian cysts 卵巢囊腫 1121
ovariotomy 卵巢截除術 1124
oxaluria 尿含草酸鈣 1008, 1047

PAGE

oxygen with nitrous oxide 笑氣調和氯氣 1157
ozæna 臭鼻 685

P

Pacchionian bodies 腦蜘蛛膜粒 594
pachymeningitis 硬腦膜炎 633,
Paget's disease of nipple 乳頭之怕哲武氏症 788, 798
pain, referred 遠處痛 22, 576, 1047
palate, affections of 腭病 709-717
palmar fascia, contraction of 掌腱膜收縮 362
pancreas, affections of 膵腺病 917
panhysterectomy 全子宮截除術 1112, 1113, 1115
panophthalmitis 膿性眼球炎 55
papillomata 乳頭狀瘤(刺瘤) 146, 592, 1042
Paquelin's cautery 琶克林烙器 218
paracentesis abdominis 腹部放液術 830
paralysis after injury to spine 脊柱損傷後之癱 566
  facial 面癱 736
  infantile 嬰兒癱瘓 587, 1191
  spastic 氣攣性癱瘓 1195
paraphimosis 箝頓包莖 1082
paraplegia 下身麻痺 557, 566
parasites 寄生菌 4
paronychia 甲溝炎 332
parotid gland, inflammation of 腮腺炎 704
parovarian cysts 卵巢冠囊腫 156, 1122
Pasteur's treatment of hydrophobia 瘈咬病之怕司透氏預防接種法 95
patella, dislocations of 髕骨脫位 495
  fractures of 髕折 438
Paul's tubes 泡耳氏之大小管 876, 877, 966, 968
pedicle-grafting 帶形植皮術 1180
pelvis, fractures of 盆骨折 420-423
penis, affections of 陰莖病 1081, 1084
pericardium 心包 783

PAGE

pericranitis 腦骨膜炎 596
perineum ruptured 會陰破裂 1109
periostitis, acute 急性骨衣炎 449
  tuberculous 結核性骨衣炎 459, 575, 771
peritoneum, affections of 腹膜病 819
peritonitis 腹膜炎 819
  tuberculous 結核性腹膜炎 825
pernicious anæmia 惡性貧血病 33
Perthes' disease 髖關節平扁 1196
pes cavus 弓形足 375
pes planus 平蹠足 373
pharynx, affections of 咽病 722
phagedena 崩蝕性潰瘍 82
pharyngotomy 咽切開術 764
pharynx, affections of 咽病 722
Phelps's box 斐勒司氏箱 582
phimosis 包莖 1081
phlebitis 靜脈炎 281
piles 痔 985
plaster-jacket 石膏背褂 583
  — of Paris 石膏 386
pleura, affections of 胸膜病 772
pneumectomy 肺截除術 782
pneumococcus 肺炎球菌 43
pneumonia, hypostatic 積墜性充血肺炎 390
pneumothorax 氣胸 773, 782
pneumotomy 肺切開術 781
Politzer's method of inflation 玻力袖氏吹脹法 732
polypus of nose 鼻息肉 688
popliteal aneurism 膕動脈瘤 266
position after operation 手術後病者之姿勢 210
Pott's disease 坡武氏病 575
  fracture 坡武氏骨折 444
pregnancy, extra-uterine 子宮外孕 1118
prepuce, deformities of 陰莖包皮之異常 1066
probang, esophageal 食管探子 727
proctoclysis 直腸灌洗法 230
proctoscope 直腸窺器 975
prolapse of rectum 脫肛 989, 987
  of uterus 子宮垂脫 1108

PAGE

prostate, affections of 前列腺病 1056-1065
hypertrophy 前列腺肥大 1058
prostatectomy 前列腺截除術 1063
protopathic sensation 坡妥晉替感覺 304
pruritus ani 肛門瘙癢 984
psammoma 砂樣瘤 154
psoas abscess 腰大肌膿腫 579
ptomain 妥美毒 5
punctured wounds 刺傷 169
pus, varieties of 膿之品類 47
pyæmia 膿毒血病 57, 63
pyelitis 腎盂炎 1018
pylorus, cancer of 幽門癌 846
stenosis 幽門狹窄 248
pyogenic infections 膿性傳染 43-65
pyonephrosis 腎盂積膿 1020
pyorrhœa alveolaris 齒槽膿病 52, 665
pyrexia 發熱 23
pyuria 膿尿 1007, 1020, 1070

Q

quinsy 急性化膿性扁桃炎 717

R

radial nerve, paralysis of 橈神經癱瘓 1186
radical cure of hernia
赫尼亞之斷根療法 934, 942, 944
radiography (abdomen)
腹部放線攝影術 834, 843, 848, 861
radiotherapy X光線療法 335
radium therapy 鈤療法 224
radius, fractures of 橈骨折 414
radius and ulna, fractures of
尺橈兩骨同折 417
ranula 舌下囊腫 706
Raynaud's disease 雷那氏病 222
reaction of degeneration 變性反應 304
re-amputations 再截斷術 1135
rectal administration of ether
直腸內施醚法 1169
feeding 肛飼法 861
rectum, affections of 直腸病患 975
excision of 直腸截除術 996

PAGE

tumours of 直腸腫瘤 993
wounds of 直腸槍彈傷 201, 977
recurrent laryngeal nerve, paralysis of 喉返神經割斷致喉癱 746
reduction of dislocation
令離位之骨復位 480
of fractures 骨折復位術 384
Reid's base line 李德氏基底線 610
renal functions, examination of
腎官能之檢查 1002
repair of face 面修補術 659
resolution of inflammation 炎質消散 21
respiration, artificial 人工呼吸法 785
obstructed (anesthesia)
呼吸受阻 (麻法) 1172
retention of urine 尿瀦留 1155
Reverdin's method of skin-grafting
皮植術之第一法 72
rheumatoid arthritis 骨關節炎 535
rhinitis 鼻炎 683-686
rhinoplasty 鼻修補術 680
rhinotomy 鼻切開術 672
ribs, affections of the 肋骨病 771
fracture 肋骨折 402
rickets 佝僂病 464
rodent ulcer 侵蝕性潰瘍 225
Rolando, fissure of 顳顬罅 612, 623
round shoulders 項背彎曲 358
rupia 蠣殼瘡 112

S

sacral tumors 骶瘤 574
sacrum, fractures of 骶骨折 422
saline infusion in hæmorrhage
(出血) 輸入鹽液法 229
hypertonic 高滲的鹽液 1178
salivary glands, affections of 涎腺病 704
salvarsan ('606') 薩乏散 113
sapremia 腐血病 57
sarcoma 肉瘤 469, 136, 592
scalds 燙傷 83
scalp, affections of the 顱頂蓋病 590-593
scapula, fractures of 肩甲骨折 404
scars 瘢痕 180

PAGE

Schick Test (diphtheria) 白喉病之細克氏試驗 1180
Schleich's local anæsthesia 深射局部痲木法 1154
sciatica 坐骨神經痛 321, 552
scirrhus 硬性瘤 151
scirrhus of breast 乳房硬性癌 799
scoliosis 脊柱側凸 355, 1197
Scott's dressing 斯科忒氏敷劑 29, 827
scrotum, affections of 陰囊病 1103-1104
sebaceous adenoma 皮脂腺瘤 333
  cysts 皮脂囊腫 333
  glands, affections of 皮脂腺病 333
second intention, healing by 第二期癒合 177
sensibility, epicritic and protopathic 厄皮克替及玻安琶替感覺 1185
sepsis 腐敗 56
septic wounds 染菌之傷口 167
septicemia 敗血病 57, 61
serum disease 血清病 15
  antitoxic 抗毒素血清 14
seventh nerve, affections of 第七神經病 313, 736
Shipway's apparatus for ether and chloroform 細威氏施迷蒙藥器 1165
shock 休克 182
shoulder-joint disarticulation 肩關節截斷術 1140
  dislocation of 肩脫位 483
  tuberculosis 肩關節結核病 531
silk 絲縫線 206
Sinclair's glue 氏膠 434
  foot-piece 足底粘連絨毯 435
sinus 瘻 49
sinuses frontal 額竇病 607
  intracranial 顱內靜脈竇 629, 636
  lateral 橫竇 740
  nasal accessory 鼻副竇 686
sixth nerve, injuries of 第六神經受傷 313
skin, surgical disease of the 外科皮膚病 326
skin-grafting 皮植術 70
skull, affections of 頭顱病 593-607
  fracture of 顱骨折 598

PAGE

slough 腐肉 73
snake-bites 蛇咬傷 171
solution, Dakin's 迨金氏溶液 1179, 1199
sore, primary 初瘡 107
specific 特原 10
spina bifida 脊柱裂 571, 368, 651
spinal cord, disease of 脊髓病 564, 587
spine, disease of 脊柱病 569-589
  injuries 脊柱損傷 557-570
  syphilis of 脊柱梅毒病 586
  tuberculosis of 脊柱結核病 575
spirilla 螺菌 3
spirochaeta pallida 梅毒螺旋體 105
spleen, affections of 脾病 920
splenectomy 脾截除術 922
splints, uses of 施夾板術 385
spondylitis 脊椎炎 586, 358, 1198
spondylolisthesis 脊椎脫位 359, 1197
spongy gums 海絨性齦 665
spots, tender, abdomen 腹病觸痛點 858
  — , knee 膝關節觸痛點 497
sprains of joints 關節之靭帶捩傷 476
spur, bony, beneath os calcis 跟骨下面之骨刺 1191
staphylococci 葡萄球菌 3
staphylococcus pyogenes 葡萄膿球菌 42
starch bandages 澱粉綳帶 386
stasis, intestinal 腸道壅滯 873
status lymphaticus 淋巴體質 756, 1173
Stenson's duct, wounds of 腮腺管受傷 706
sternum, diseases of 胸骨病 771
  fractures of 胸骨折 402
stitches, 縫術 162
stomach, affections of 胃病 833
  cancer of 胃癌 844
stomatitis 口炎 695
stone in bladder 膀胱石 1040
  kidney 腎石 1025
strangulated external hernia 腹外絞窄性赫尼亞 949-956
strangury 尿淋瀝 1037
streptococcus pyogenes 膿鏈球菌 43, 89, 82, 88, 138, 452, 819

PAGE

stricture of œsophagus 食管狹窄 729
of rectum 直腸狹窄 992
of urethra 尿道狹窄 1069-1078
stumps 殘肢端 1130
styptics 止血藥 234
submaxillary gland, tumor of 頷下腺瘤 709
suicidal wounds 自殺傷 745
suppuration 生膿 44, 20, 43
suprapubic cystotomy 恥骨上膀胱切開術 1042, 1045
surgery, abdominal 腹部手術 806
operative 手術外科 203-209
surgical disease of the skin 外科皮膚病 327, 436
suspension (in treatment of fractures) 懸法 429, 439
suture 縫術 162
primary 暫延縫合術 192
secondary 日後縫合術 192
sutures, intestinal 縫腸術 812-814
preparation of 縫線之預備法 206
Sylvius, fissure of 大腦外側裂 610
Syme's amputation 賽姆氏截斷術 589, 658
splint 賽姆氏夾板 445
sympathetic nerve, affections of 交感神經病 161, 323
synovitis, 滑膜炎 507-514
chronic 慢性滑膜炎 524
syphilis 梅毒 105
of bone 骨之梅毒病 462
– epididymis 副睾梅毒病 1091
– joints 關節梅毒病 535
– lymphatic glands 淋巴腺梅毒病 296
– nose 鼻之梅毒病 688
– palate 腭之梅毒病 715
– periosteum 骨衣梅毒病 462
– rectum 直腸梅毒病 991
– skin 皮膚梅毒病 328
– testis 睾丸梅毒 1091
– tongue 舌之梅毒病 699
syringomyelocele 脊髓中央管膨出 572

PAGE

T

tabes mesenterica 腸系膜淋巴腺結核病 832,297
talipes 畸足 368-378
tarsus, tuberculous disease of 結核性跗骨炎 460
taxis in hernia 還納術(赫尼亞) 953
Taylor's braces 退羅氏梏具 584
technique of operation 手術外科之技藝 203-209
teeth, affections of 牙齒之病 661-664
temporo-maxillary joint, disease of 下頷關節病 676
tendon, operations on 腱之手術 345
transplantation 腱移接術 347
affections of 腱病 337
tenoplasty 腱成形術 1194
tenotomy 截腱術 344
teratoma 畸胎瘤 154, 1122
test meal 試驗餐 835
testis, affections of 睾丸病 1085-1104
neuralgia 睾丸神經痛 1101
tetanus, 破傷風 89, 190
theatre, operating 手術室 205
Thiersch's skin-grafting 替耳氏皮植術 71
thigh, amputation through 大腿截斷術 1150
Thomas's splint 妥馬氏夾板 550, 434
thoracic duct, rupture of 胸導管破裂 291
thorax, wounds of 穿入性胸傷 773-776
throat, affections of the 咽病 696
thrombosis 血栓形成 279
thrombus, characters of 血塊之特性 288
thymus gland 胸腺 756
thyroid body, affections of 甲狀腺病 747
tumours of 甲狀腺瘤 750, 755
thyrotomy 甲狀軟骨切開術 764
tibia, fractures of 脛骨折 442
toes, deformities 趾畸形 375

PAGE

tongue, affections of 舌病 695
cancer of 舌癌 700
tonsils, affections of 膠扁桃病 717-722
torsion 扭轉法 235
torticollis 斜頸 352
tourniquets 壓脈器 205
toxæmia 血中毒病 42, 57
toxins 毒素 5
tracheotomy 氣管切開術 765
transfusion of blood 血輸移法 229
Trendelenburg's position
吞德倫孛氏姿勢 807
trephining, operation of
圓鋸手術 606, 612
treponema pallidum 密螺旋體 105
trigeminal neuralgia 三义神經痛 310
trismus 牙關緊鎖 677, 92
trusses 疝氣帶 933
tubal gestation 輸卵管孕 1118
Tube, Keith's 奇忒氏管 823
tuberculin 結核菌素 127, 123
tuberculosis 結核病 121
tuberculosis of bladder 膀胱結核病 1041
of bone 骨結核病 458
– hip-joint 髖關節結核病 546
– joints 關節結核病 525
– kidney 腎結核病 1022
– lymphatic glands 淋巴腺結核病 296
– mesenteric glands
腸系膜淋巴腺結核病 832
– peritoneum 腹膜結核病 825
– shoulder 肩關節結核病 531
– spine 脊椎結核病 575
– testis 睪丸結核病 1090
tuberculous abscess 慢性結核膿腫 124
caries of spine 脊椎骨瘍 575
coxitis 結核性髖關節炎 546
dactylitis 結核性指趾炎 459
ulcers 結核潰瘍 126, 332, 867
tubes, Fallopian, disease of
輸卵管之病患 1116
tumours 腫瘤 132-155
tumours of bladder
of breast 乳房瘤 794

PAGE

of intestine 腸壁腫瘤 869
– kidney 腎腫瘤 1028
– larynx 喉乳頭狀瘤 762
– lymphatic glands 淋巴腺瘤 299
– mandible 下頜骨腫瘤 674
– maxilla 上頜骨腫瘤 670
– ovary (cystic) 卵巢腫瘤(囊腫) 1121
– parotid 腮腺瘤 707
– penis 陰莖腫瘤 1083
– pulsating (bone)
搏動性瘤(骨) 471
– scrotum 陰囊腫瘤 1101
– stomach (cancer) 胃腫瘤(癌) 844
– testis 睪丸腫瘤 1093
– tongue 舌腫瘤 699
– uterus 子宮腫瘤 1109
tympanic cavity, inflation of
吹脹鼓室法 732
typhlitis 闌腸炎 885

U

ulceration 潰爛 66-72
ulcer of stomach 胃潰瘍 837-843
perforating, of foot 足穿通性潰瘍 328
rodent 侵蝕性潰瘍 335
stercoral 糞潰瘍 869, 969
ulcers 潰瘍 66
ulna, fractures of 尺骨折 413
ulnar artery, ligature of 縛尺動脈術 272
nerve 尺神經 316
umbilicus, affections of 臍病 818
undescended testis 睪丸未全降 1085
union of fractures 折骨接合 383
ununited fractures 不聯骨折 396
uræmia 尿毒病 1004, 1028, 1061
ureter, catheterization of
輸尿管之插尿筒術 1002
urethra, affections of 尿道病 1066
stricture of 尿道狹窄 1069
urethritis 尿道炎 97, 168
urethrotomy 尿道(內外)切開術 1075-1077
urinary deposits 尿沉澱 1007

PAGE
urinary fistula 尿瘻 1080
urine examination 尿之檢查法 1003
  retention of 尿瀦溜 1055
  suppression of 尿閉 1025
urine extravasation 尿外滲 1079
  incontinence 小便失禁 1054
uterine displacements 子宮異位 1107
uterus, tumors of 子宮之腫瘤 1109-1116
uvula, bifid (cleft) 腭裂 709

V

vaccination 種牛痘法 12
vaccines 伐克辛 14
vaginitis 陰道炎 1106
Valsalva's method of inflating
  middle ear 吹脹鼓室之薩氏法 732
vapour-baths, mercurial 薰煙法 117
varicocele 精索靜脈曲張 1099
varicose aneurism 動靜脈交通瘤 247
varix 靜脈曲張 283, 985
  of œsophagus 食管靜脈曲張 728
  of vulva 女陰靜脈曲張 1105
vas deferens, rupture of 輸精管破裂 1088
veins, affections of 靜脈病 278
vena cava, thrombosis of
  下腔靜脈血栓形成 280
venesection 靜脈切開術 287
vertebra, fracture of 脊椎折 559
vermiform appendix 闌尾 882
verruca 瘊 329
vertebral artery, hæmorrhage from
  椎動脈出血 240, 558
vertigo 眩暈 625, 644, 640, 737
vesiculæ seminales, affections of
  精囊之患 1103
vicious union of fractures
  折骨非適正之接合 398
villi, synovial 滑膜繖 517, 540, 504
Vincent's angina 濾泡性咽炎 722
Virchow's theory of origin of
  tumours 胎臍件成瘤之理論 134
volvulus 腸扭結 963-954
vomiting after abdominal operations
  剖腹後嘔吐 811
  anæsthetic 迷蒙之嘔吐 1171
  cerebral 腦病之嘔吐 644
  fæcal 吐糞 958, 973
  in moveable kidney
    能動腎所致之嘔吐 1011
  in strangulated hernia
    絞窄性赫尼亞病中之嘔吐 951
vulva, affections of 女陰之病患 1105

W

walking calliper 行走用夾板 438
Wallerian degeneration 神經斷變壞 303
warts 瘊 329
Wassermann's reaction 乏色曼氏反應 114
water-glass bandage 水玻璃帶 386
Wax, Horsley's 何司雷氏蠟 613
webbed fingers 併指 361
Wheelhouse's operation for impass-
  able stricture
  不通性狹窄之惠李好氏手術 1077
Whitehead's operation for cancer
  of tongue 舌癌之手術 702
white swelling 白腫 526, 527
whitlow 膿性指頭炎 172
Widal's reaction 肥大氏反應 892
winged scapula 翼狀肩胛骨 360
Witzel's method for gastrostomy
  委忒哉氏之胃成口術 851
Wolfe's method of skin-grafting
  (見皮植術之三) 71
Wolffian body, origin of tumours in
  由中腎管長大成囊腫 156
woolsorter's disease 毛工病 96
wound infection 創傷染毒 56
wounds 創傷 157-188
  aseptic treatment of 無毒法 205
  B.I.P.P. treatment of
    必滋治法 61, 193, 195
  bullet and shell 小子彈創傷 189
  gunshot 槍彈傷 170, 189-194

PAGE

wounds, infected 染毒創傷 51
of abdomen 腹部槍彈傷 197
- hollow viscera 空器官槍彈傷 200
- joint 關節槍彈傷 196, 476
- solid viscera 固體器官槍彈傷 199
open 哆開創傷 166
primary closure of 暫延縫合術 192
repair of 創傷癒合 174
sterilization of 傷口潔治法 193
Wright's method of treating
魏氏生理學之傷口治療 1178
Wright's solution hypertonic
魏氏高滲溶液 1178
wrist-drop 手腕垂病 318
wrist joint, acute arthritis of
橈腕關節之急性炎 518
ankylosis 橈腕關節強硬 544
dislocation of 橈腕關節脫位 489

PAGE

wrist, excision of 橈腕關節截除術 554
tuberculous disease of
橈腕關節結核病 532

X

X-ray X光線 220
burns X光線燙傷 226
in rodent ulcer
侵蝕性潰瘍之X光線療法 336

Y

Y-ligament of hip joint, importance of 髖關節髂股韌帶之重要 491

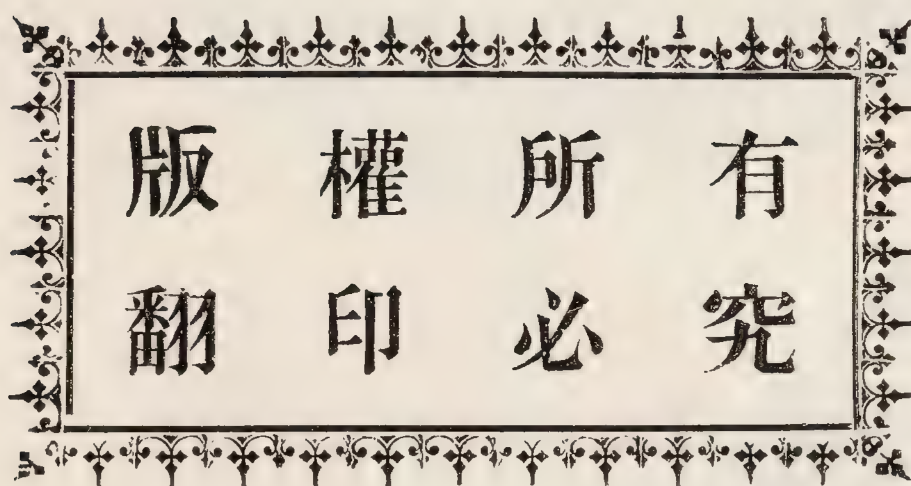
Z

Ziehl-Neelsen method of staining bacilli 齊耳及尼耳森兩氏法 122
zygoma, fracture of 顴弓折 399

勘誤表

面	行	字	誤	正
23	7	22	六	二
27	23	3	色素沉着	有色素沉着
51	4		某器器官	某器官
56	16	7.8	溫體	體溫
65	20	1	法	治法
71	22	11	件	伴
77	倒3		栓塞性	血栓形成性
81	15		產氣桿菌	產氣莢膜桿菌
同	23	19	收氯	氯化
94	7	15	約	藥
197	1	6	佽	攸
215	倒1	16	減	滅
322	18	14	締	蹄
323	2	2	締	蹄
411	圖		肱骨　端折	肱骨下端折
462	21	8	便	硬
479	頂題			多一損字
526	倒3	9	髕	髖
562	倒6	1,2	脊柱	脊椎
564	倒1	21	腦	髓
564	9	24	鈎	約
564	倒8		灰白者	灰白質者
575	17	倒3	並	病
592	倒7	1,2	纖纖	纖維
607	12		克羅拉民油	克羅拉民替油
624	14	12	則	側
626	7	倒7	瀨	癩
634	12	倒1	關	闕
648	1	1	捐	損
654	1	5	破	裂
656	倒2	8	法法	治法
666	5		鋸間	鋸口間
706	倒4		嚼部	嚼肌部
708	2	3	組	維
712	17	15	主	生
719	1	1	頷	領
719	9		鈣酸鹽	鈣質
720	倒10		舌弓膠	舌膠弓
727	倒9	18	鈎	胸
728	倒7		有機之	機質性
737	15	14	頬	類
760	倒5	21	皺	皺
768	7		Beta-Eucaine	Novocaine
809	倒10	1	坡	玻
813	倒6	12	街	術
819	倒3	1	珠	球
821	5	15	舍	含
833	倒6	7	凹	凸
847	15	4	疽	疸
860	7	1	牲	性
870	5	9	烙	略
872	10	3	用	有
897	倒12	11	瞼	險
906	倒3	倒3	纖維	纖維
916	1	倒8	用	即
917	1	倒7	疽	疸
976	18	17	輿	與
987	倒3	倒2	糠	糖
991	14	11	吻	縫
1004	倒3		亞硝酸	笑氣並
1005	倒2		比,較	比較
1029	17		發原性	原發性
1038	倒2	1	盂	益
1041	倒11	16	膀	胱
1096	倒10	倒1	蟬	彈
1115	倒1	倒4	組	織
1116	6	3	寮	療
1118	倒8	12	纖	維
1121	14	8,9	腫囊	囊腫
1124	倒6	倒1	鳴	鳴
1132	12	6	裹	褒
1135	17		克休	休克
1145	倒4	14	鋭	鐵
1154	11	2	纖	織

中華民國二年　出版
中華民國十一年　再版
中華民國十四年　三版



原著者　W. Rose 及 A. Carless

編譯者　孔美格

筆述者　管國全

校訂者（第三版）　應樂仁
陳佐庭
高似蘭
孟合理

發行者　中國博醫會

印刷者　上海美華書館

總發售所　上海協和書局
北四川路十三號

分售處　南京城內北門橋
杭州里仁坊新六號
濟南西門大街共合藥房

第二百八十二圖



Fig. 282.—TUBERCULOUS DISEASE OF SPINE SHOWING DESTRUCTION OF BODIES OF VERTEBRAE AND ABSCESS FORMATION BENEATH THE ANTERIOR COMMON LIGAMENT

脊柱結核病

表明脊椎破壞及前縱靱帶下成膿腫

第二百八十三圖



Fig. 283.—TUBERCULOUS DISEASE OF TWO LUMBAR VERTEBRAE SHOWING SEQUESTRUM OF THE ANTERIOR ASPECT AND LATERAL THICKENING PREVENTING ANGULAR DEFORMITY

二腰椎骨之結核病

表明骨面之死骨片及側面之增厚阻止脊曲

第二百八十四圖



Fig. 284.—ADVANCED TUBERCULOUS DISEASE OF SPINE IN DORSAL REGION

胸椎之晚期的結核病

第二百八十五圖



Fig. 285.—LUMBAR ABSCESS RESULTING FROM TUBERCULAR DISEASE OF THE DORSI-LUMBAR VERTEBRAE

腰膿腫之由胸腰結核所致者

第二百八十六圖



Fig. 286.—PSOAS ABSCESS POINTING IN THE ILIAC FOSSA SECONDARY TO DORSI-LUMBAR DISEASE OF THE SPINE

胸腰椎結核病所致之大腰
肌膿腫在髂凹處將穿出

第二百九十二圖



Fig. 292.—HYDROCEPHALUS

腦積水

第二百九十四圖





Fig. 294.—DEPRESSED FRACTURE OF SKULL SEEN FROM WITHOUT AND FROM WITHIN

顱骨凹陷折
上圖由外觀之　下圖由內觀之

第二百九十六圖



Fig. 296.—PUNCTURE OF SKULL SHOWING SPOT FOR APPLICATION OF TREPHINE

顱骨刺折應施圓鋸之處

第三百圖



Fig. 300.—MENINGEAL HEMORRHAGE

腦膜動脈出血

可見血屯積硬腦膜與顱骨間

第三百零一圖

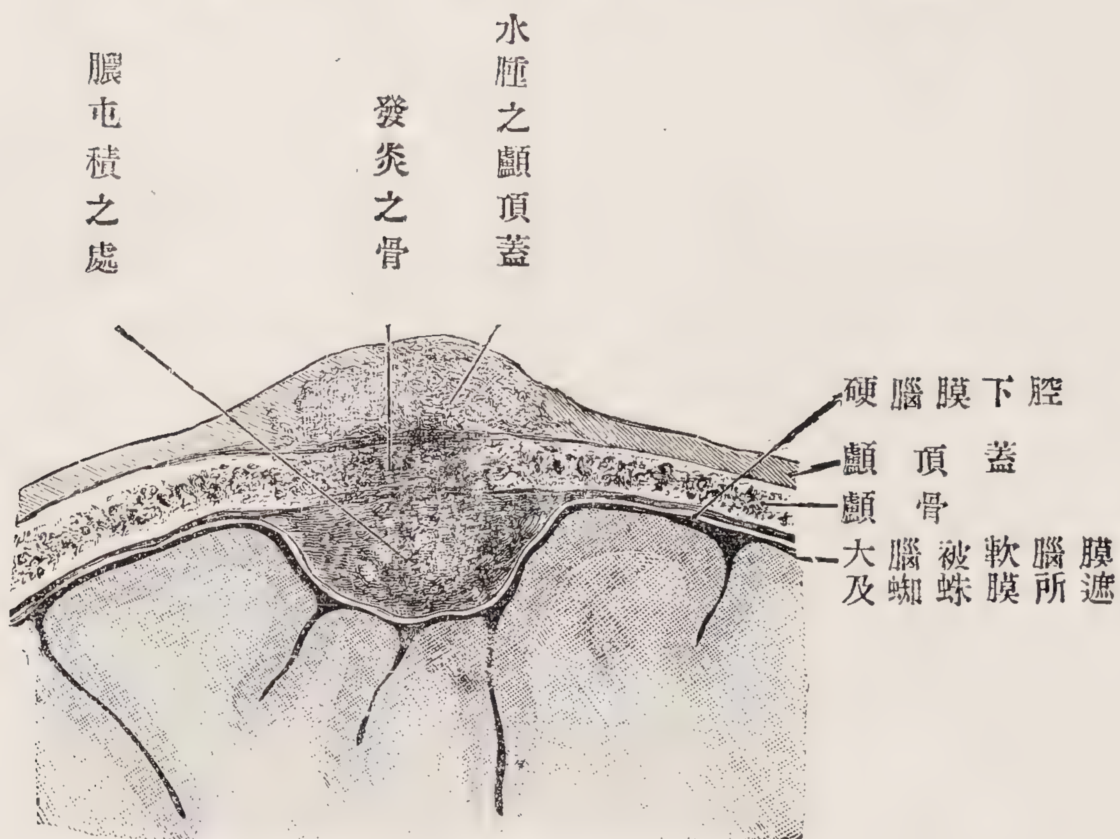


Fig. 301.—SUBCRANIAL SUPPURATION INVOLVING OVERLYING BONE AND CAUSING AN EDEMATOUS CONDITION OF THE SCALP. POTT'S PUFFY SWELLING

顱骨下化膿骨受累而顱頂蓋水腫

第三百零二圖

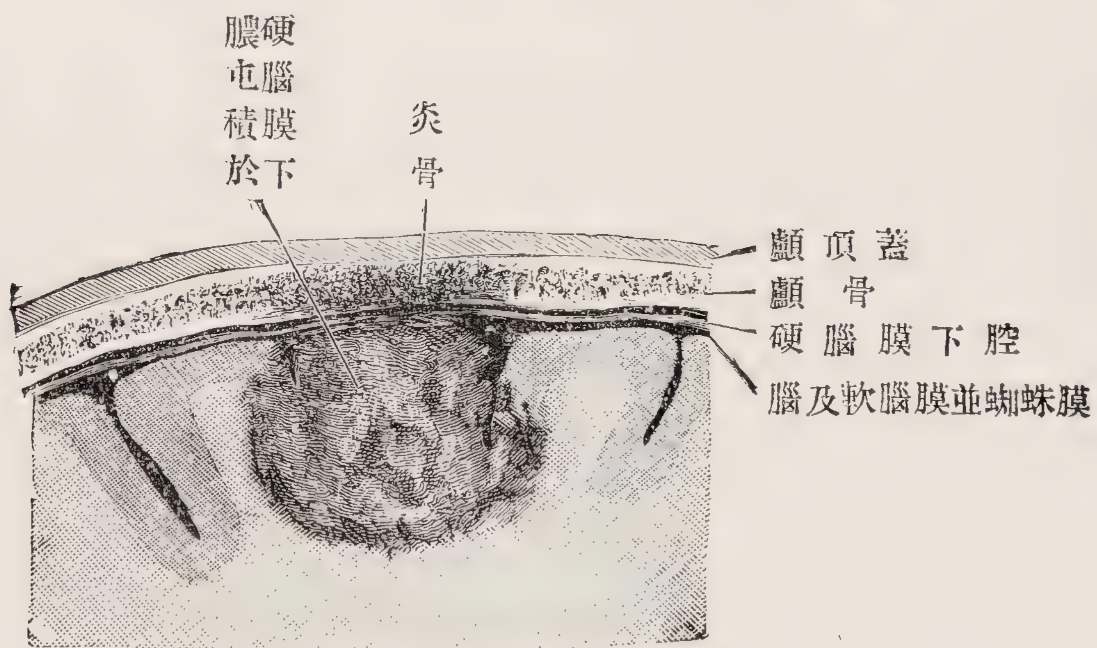


Fig. 302.—SUPERFICIAL ABSCESS OF BRAIN SPREADING FROM THE SUBDURAL SPACE

腦淺膿腫由硬腦膜下腔蔓延

第三百零五圖

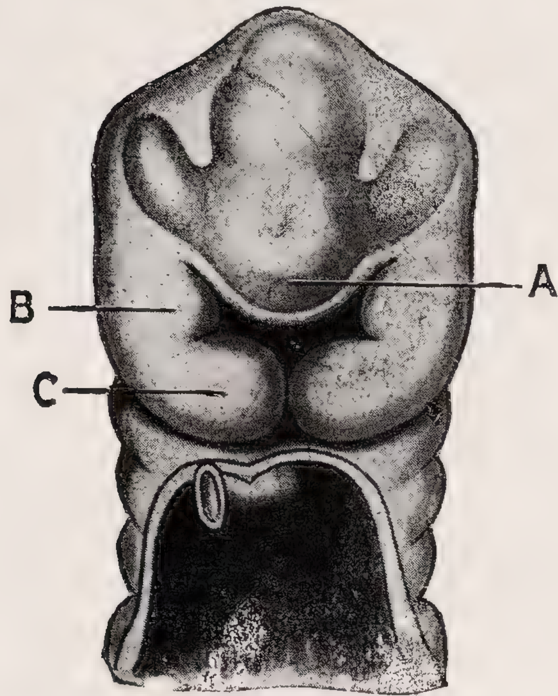


Fig. 305.—HEAD OF FETUS OF ABOUT FIVE WEEKS, FROM VENTRAL ASPECT (AFTER HIS), SHOWING THE PRIMITIVE STOMODAEUM BOUNDED ABOVE BY (A) THE UNDIVIDED FRONTONASAL PROCESS, LATERALLY BY (B) THE MAXILLARY, AND BELOW BY (C) THE STILL SEPARATE MANDIBULAR PROCESSES.

The quinque-radiate appearance is well represented.

五星期胎胚之頭由前視之.以表明原口凹.其上界爲未分左右之額鼻突(A).兩側界爲上頜突(B).下界有未併合之二下頜突(C).其五角形甚明.

第三百零六圖

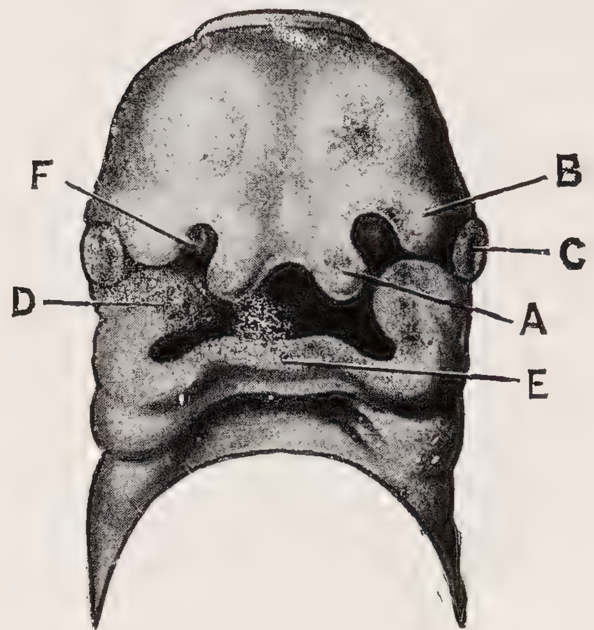


Fig. 306.—HEAD OF FETUS OF SIX TO SEVEN WEEKS FROM THE VENTRAL ASPECT

The mandibular processes (E) have now united; the ocular vesicle (C) is seen on either side towards the upper end of the orbito-nasal fissure and the fronto-nasal process has developed (A) internal and (B) external nasal processes on either side of (F) the still unclosed anterior nares; (D) maxillary process.

六至七星期胎胚之頭由前視之.左右下頜突已長合(E)左右眼泡(C)乃居眶鼻裂之外端.其額鼻突左右已各分鼻內突(A)及鼻外突(B).內外二突之間爲未成全之鼻前孔(F).(D)爲上頜突.

第三百十五圖



Fig. 315.—DENTIGEROUS CYST SHOWING EXPANDED CONDITION OF THE MANDIBLE AND UNERUPTED TOOTH LYING HORIZONTALLY IN IT

含齒囊腫表明下頜骨膨脹.囊腫內有一橫列未出之齒

第三百十七圖

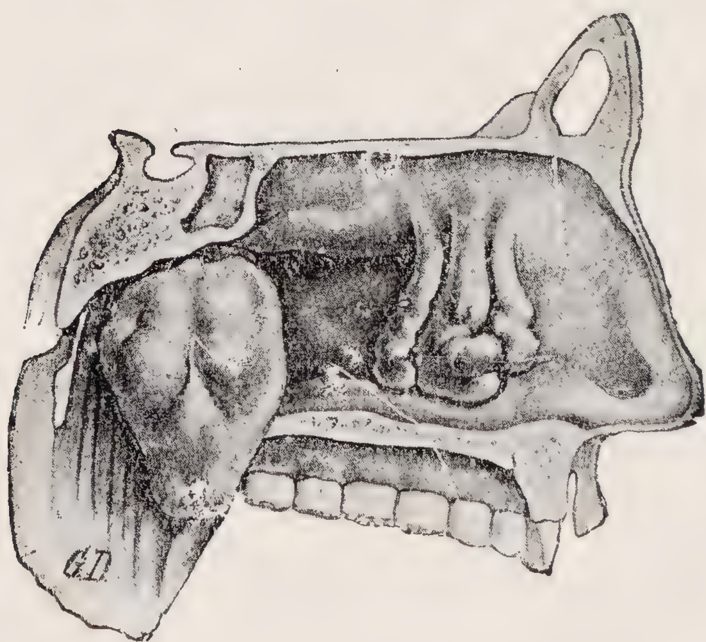


Fig. 317.—MUCOUS POLYPI OF NOSE SPRINGING FROM THE BACK AND FRONT OF THE MIDDLE TURBINATED BONE

鼻粘液性息肉由中鼻甲之前後長

第三百十八圖



Fig. 318.—ADENOID FACIES

This illustration shows well the sleepy look, the pinched nostrils, the open mouth and projecting upper central incisors so characteristic of this condition.

患咽鼻部淋巴增殖病者之面容

患者似欲寐之形其鼻孔窄小口略開上中門齒突出卽此病之特容也

第三百二十圖

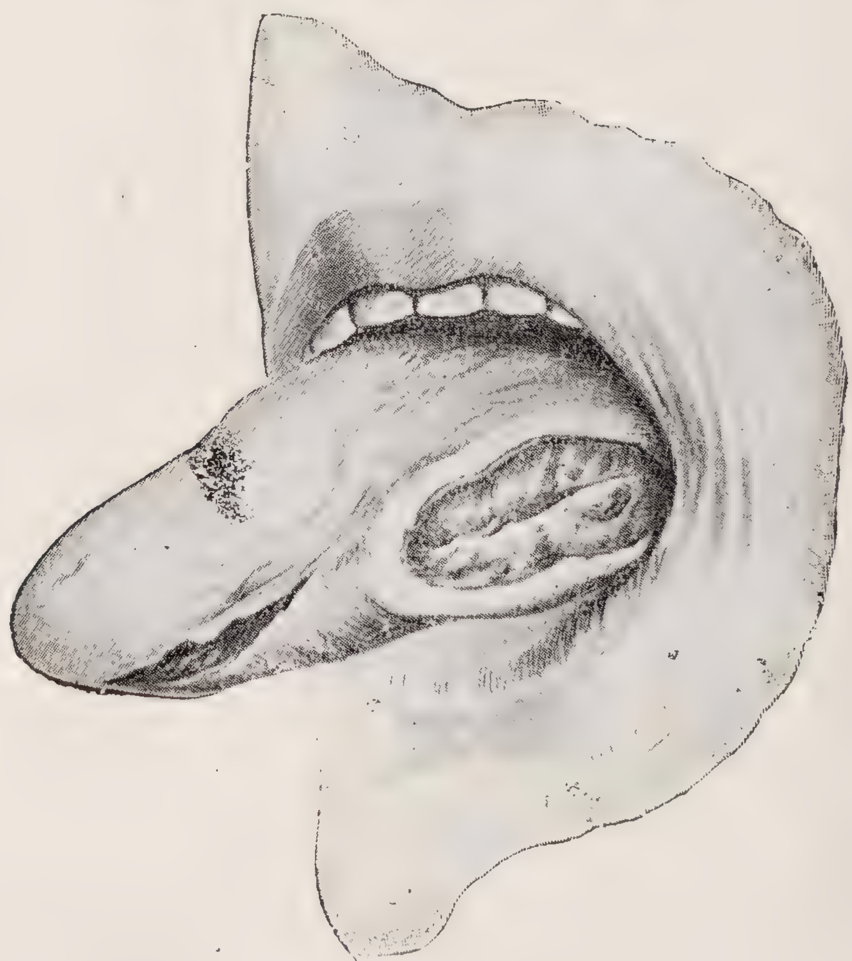


Fig. 320.—EPITHELIOMA OF THE TONGUE

舌鱗狀細胞癌

第 三 百 二 十 三 圖

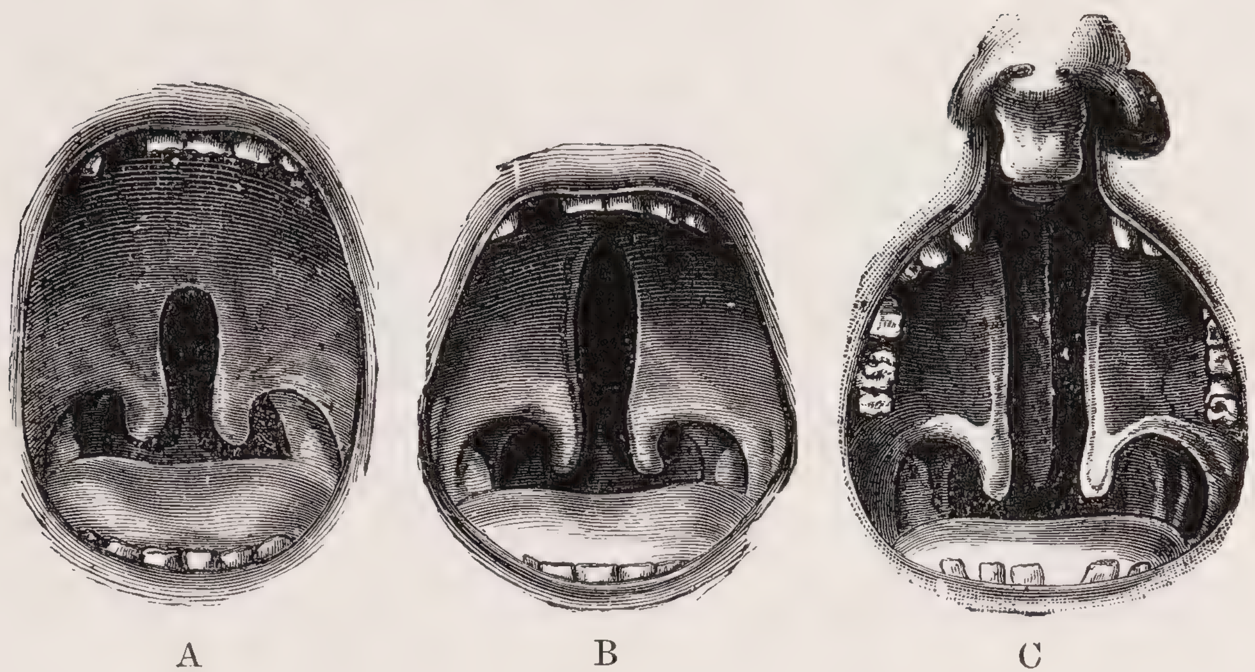


Fig. 323.—VARIOUS FORMS OF CLEFT PALATE: A, INVOLVING MERELY THE VELUM; B, TRAVERSING THE HARD PALATE AS FAR FORWARD AS THE ANTERIOR PALATINE CANAL; AND C, BEING COMPLICATED WITH A DOUBLE HARE-LIP.

此圖表明數種腭裂　A腭帆獨受其累　B其裂經過硬腭向前至門齒管　C非但腭裂且有雙脣裂

第三百三十三圖

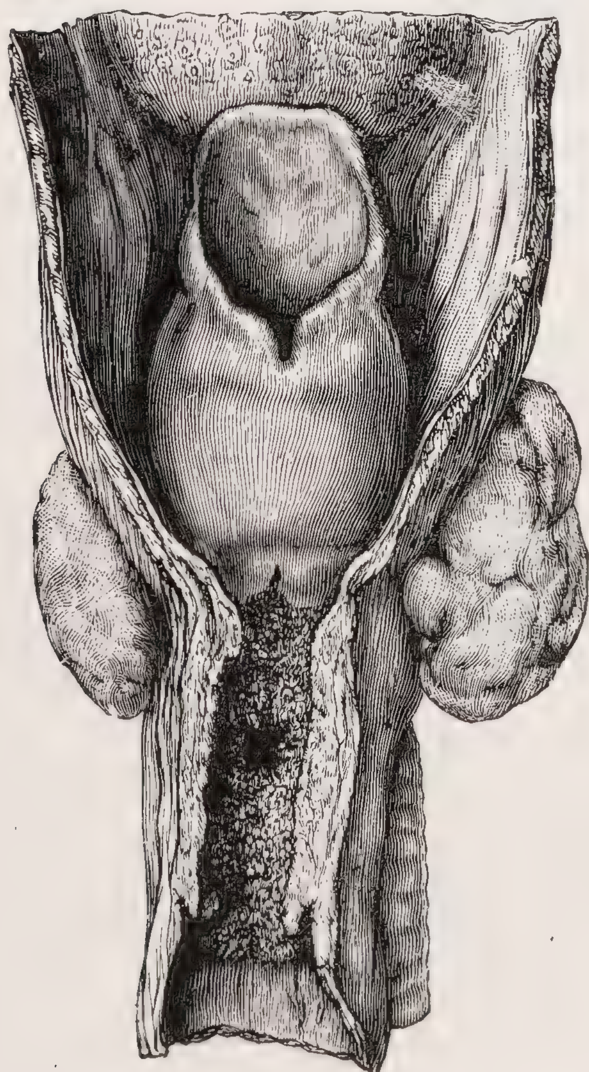


Fig. 333.—CANCEROUS GROWTH OF THE ESOPHAGUS

食 管 癌

第三百三十五圖

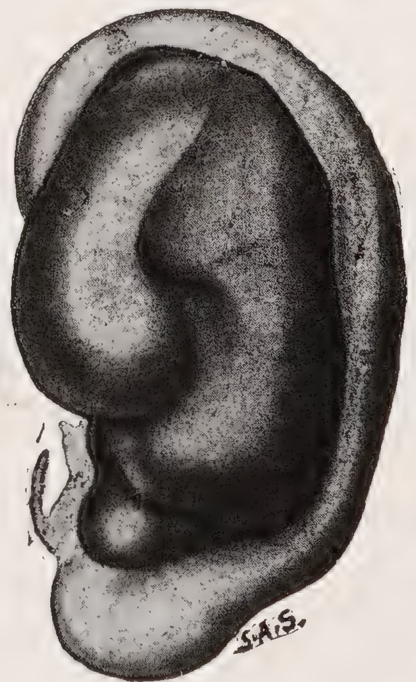


Fig. 335.—HAEMATOMA AURIS

耳 郭 血 腫

第三百三十九圖

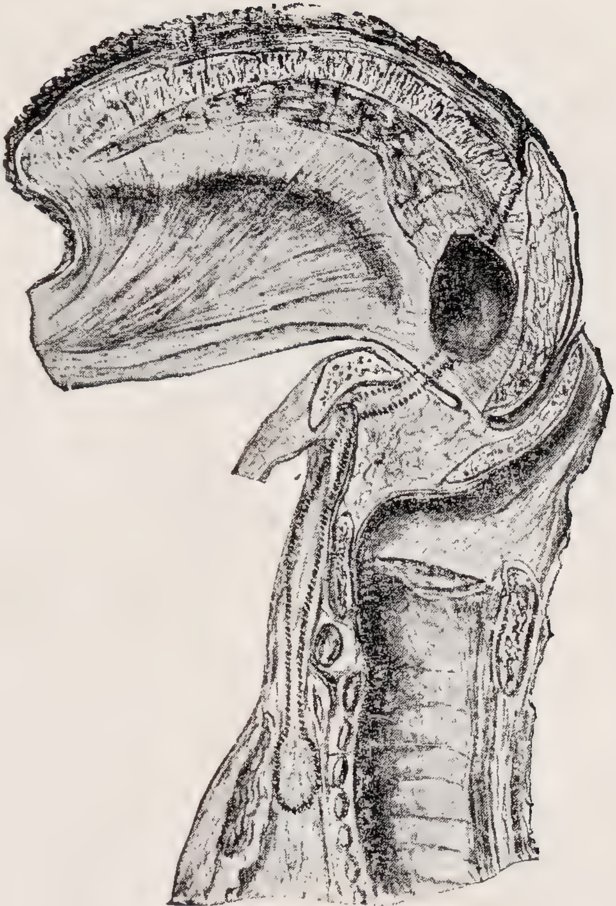


Fig. 339.—MEDIAN SECTION OF TONGUE LARYNX AND TRACHEA SHOWING THYRO-GLOSSAL DUCT EXTENDING FROM THE FORAMEN CAECUM OF THE TONGUE DOWNWARDS BEHIND THE HYOID BONE AND IN FRONT OF THE TRACHEA TO THE ISTHMUS OF THE THYROID BODY

A small dermoid cyst in the centre of the tongue is also represented.

此係舌喉氣管正中切面以表明甲狀舌管之式此管由舌盲孔至舌骨之後並氣管之前直抵腺峽舌中有一小皮樣囊腫

第三百四十圖



Fig. 340.—FRONT AND LATERAL VIEW OF A PARENCHYMATOUS GOITER
The right lobe had been removed by a previous operation.

主質性甲狀腺腫前面及側面觀右葉已割除

第三百四十一圖

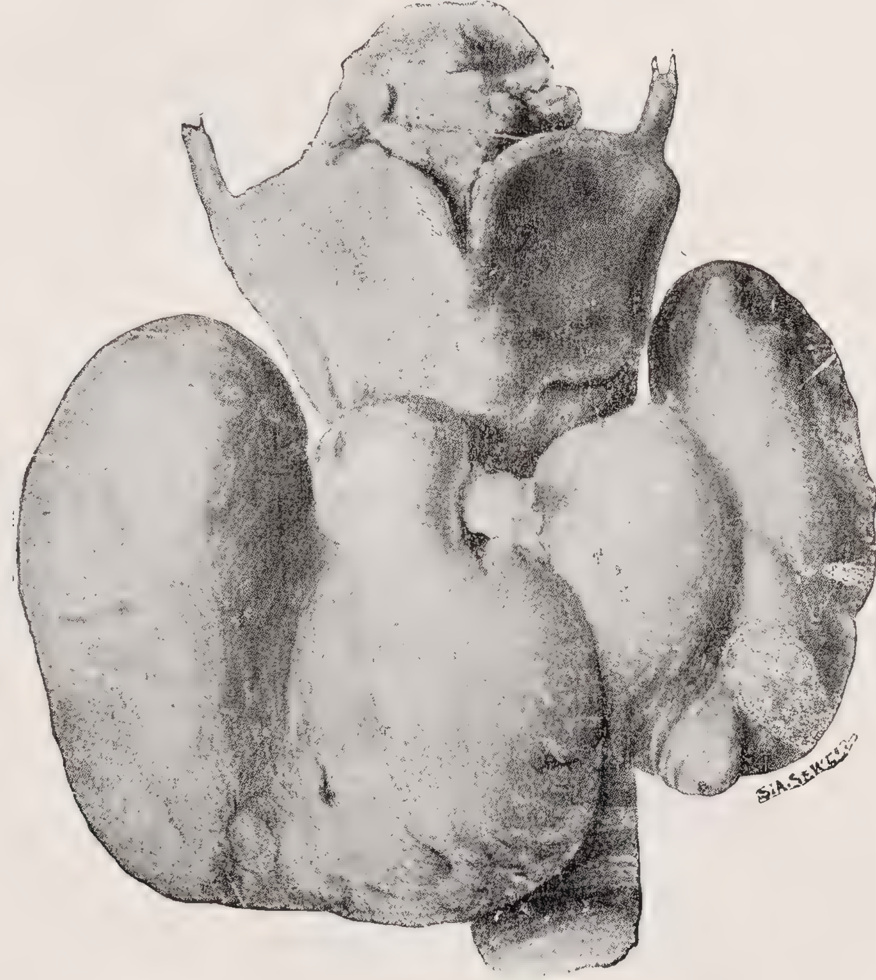


Fig. 341.—MULTIPLE FIBRO-ADENOMATOUS GOITER

多數性纖維腺瘤性甲狀腺腫

第三百四十四圖



Fig. 344.—EDEMA OF GLOTTIS FROM BEHIND
The base of tongue is seen to be enlarged and swollen and the aryteno-epiglottidean folds are edematous so that the entrance to the larynx is represented by a mere chink.

聲門水腫由後觀

舌根大而腫披裂會厭皺襞亦水腫致喉門狹窄如縫

第三百四十五圖

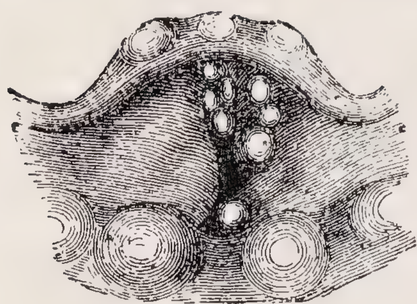


Fig. 345.—GUMMATOUS DISEASE OF THE LARYNX

Small gummata are seen invading the mucous membrane of the epiglottis and front of the larynx.

喉之樹膠樣腫病

有小樹膠樣腫累及會厭與喉前份之粘膜

第三百四十六圖

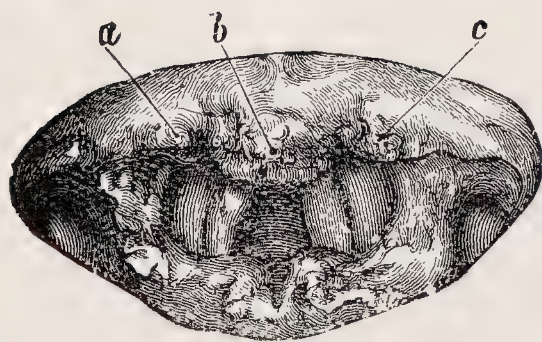


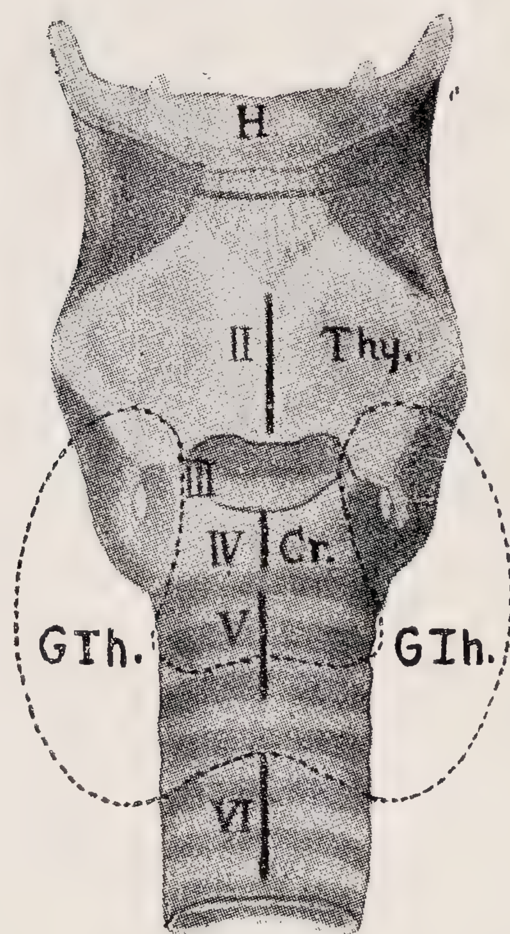
Fig. 346.—TUBERCULOUS DISEASE OF THE LARYNX WITH EXTENSIVE ULCERATION IN FRONT AND BEHIND

a, b, c, Remains of the epiglottis.

結核性喉病

喉前後均有廣闊之潰瘍 a,b,c, 係爾會厭之遺迹

第三百四十九圖



呼吸道手術之割口

Fig. 349.—OPERATIONS OF THE AIR PASSAGES

I, Subhyoid pharyngotomy; II, thyrotomy; III, laryngotomy; IV, cricotomy; V, high tracheotomy; VI, low tracheotomy; H., hyoid bone; Thy., thyroid cartilage; Cr., cricoid; G. Th., thyroid gland.

I 舌骨下咽切開術　II 甲狀軟骨切開術

III 喉切開術　IV 環狀軟骨切開術

V 氣管高切開術　VI 氣管低切開術

Cr. 環狀軟骨　G.Th. 甲狀腺

H. 舌骨　Thy. 甲狀軟骨

第三百五十二圖



Fig. 352.—TREATMENT OF THE APPARENTLY DROWNED
Movement No. 1

救溺水人法之第一級

第三百五十三圖



Fig. 353.—TREATMENT OF THE APPARENTLY DROWNED
Movement No. 2

救溺水人法之第二級

第三百五十四圖



Fig. 354.—TREATMENT OF THE APPARENTLY DROWNED
Movement No. 3

救溺水人法之第三級

第三百五十五圖



Fig. 355.—DIFFUSE HYPERTROPHY
OF THE BREAST

乳房肥大

第 三 百 五 十 六 圖



Fig. 356.—PERICANALICULAR FIBRO-ADENOMA OF THE MAMMA

乳房小管周圍之纖維腺瘤

第 三 百 五 十 七 圖



Fig. 357, CYSTO-ADENOMA OF THE MAMMA

乳房囊腺瘤

第三百五十八圖



Fig. 358.—SECTION OF SCIRRHUS OF THE BREAST SHOWING RETRACTION OF THE NIPPLE, INFILTRATION OF THE FAT AND SECONDARY NODULES IN THE UNDERLYING MUSCLES

乳房硬性癌之切片表明乳頭縮入及脂組織被癌浸潤並有繼發性癌居於乳房下之肌

第三百五十九圖

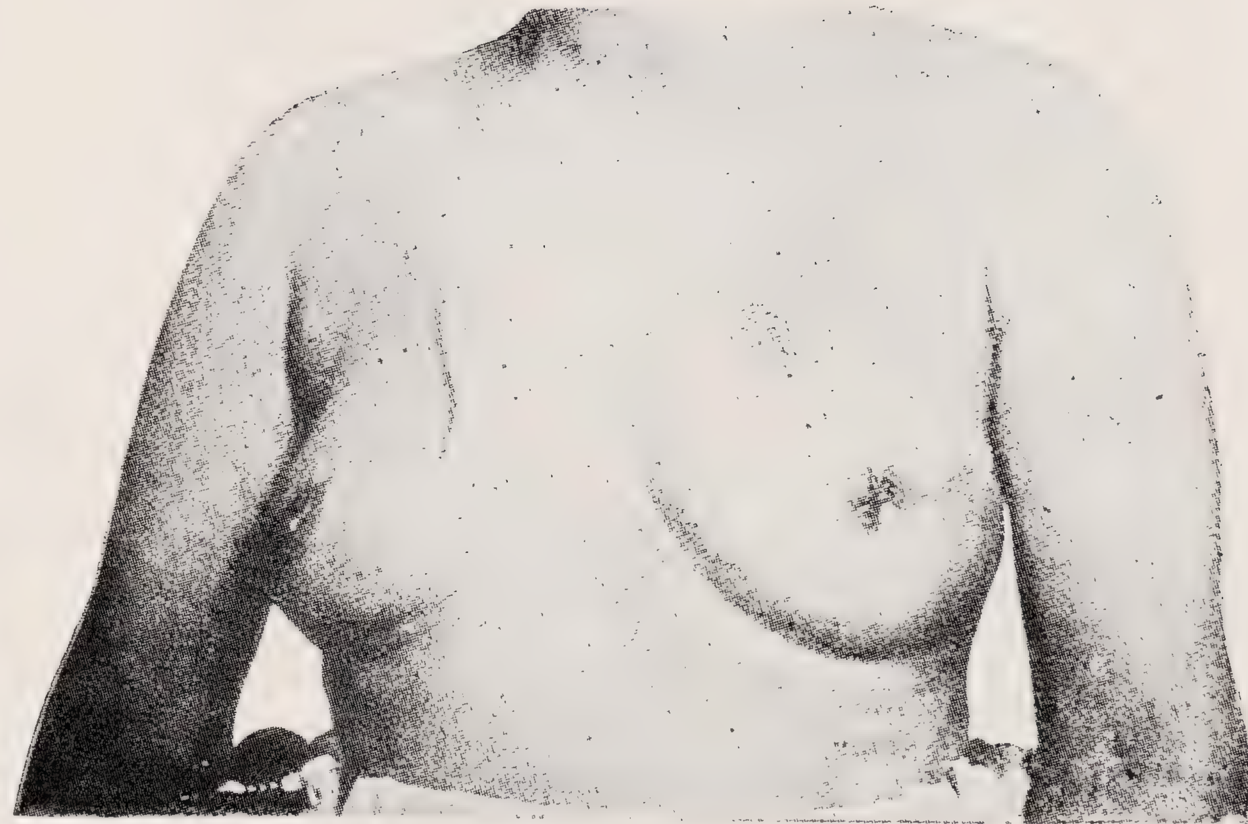


Fig. 359.—SCIRRHUS OF THE LEFT BREAST
The retraction of the nipple and its elevation above the level of the other are well seen.

左乳房硬性癌

左乳頭縮入而較右乳頭略高

第四百零三圖



Fig. 403.—APPENDIX TIED DOWN BOTH TO CÆCUM AND ILEUM, AND DOUBLED ON ITSELF BY OLD-STANDING ADHESIONS

闌尾與盲腸及迴腸成粘着且摺疊

第四百三十圖

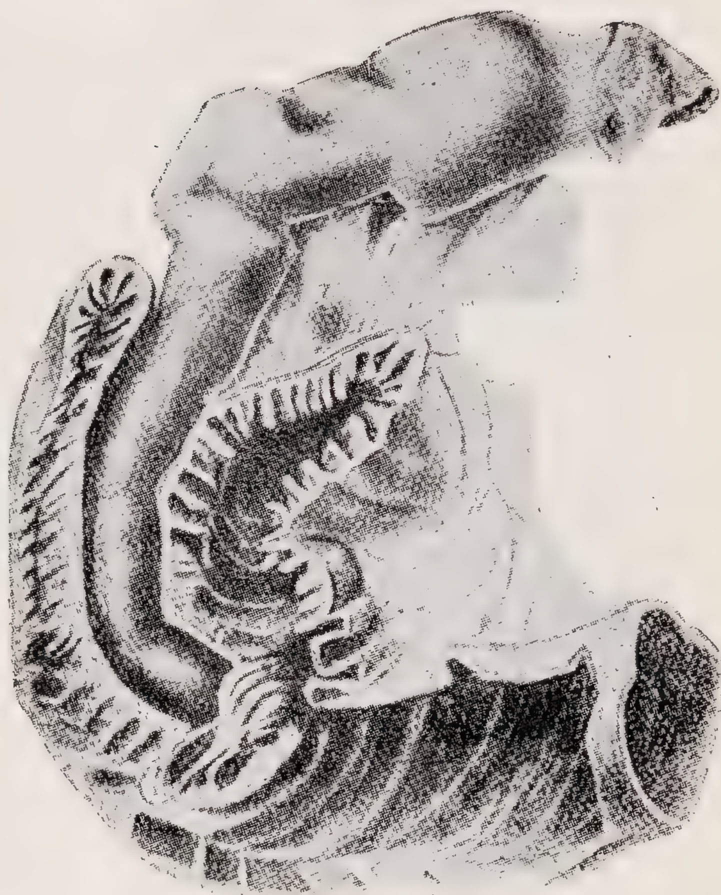


Fig. 430.—INTUSSUSCEPTION

腸套疊

第四百零九圖



Fig. 409.—VARIOUS TYPES OF GALL-STONES

各式之膽石

第四百四十六圖

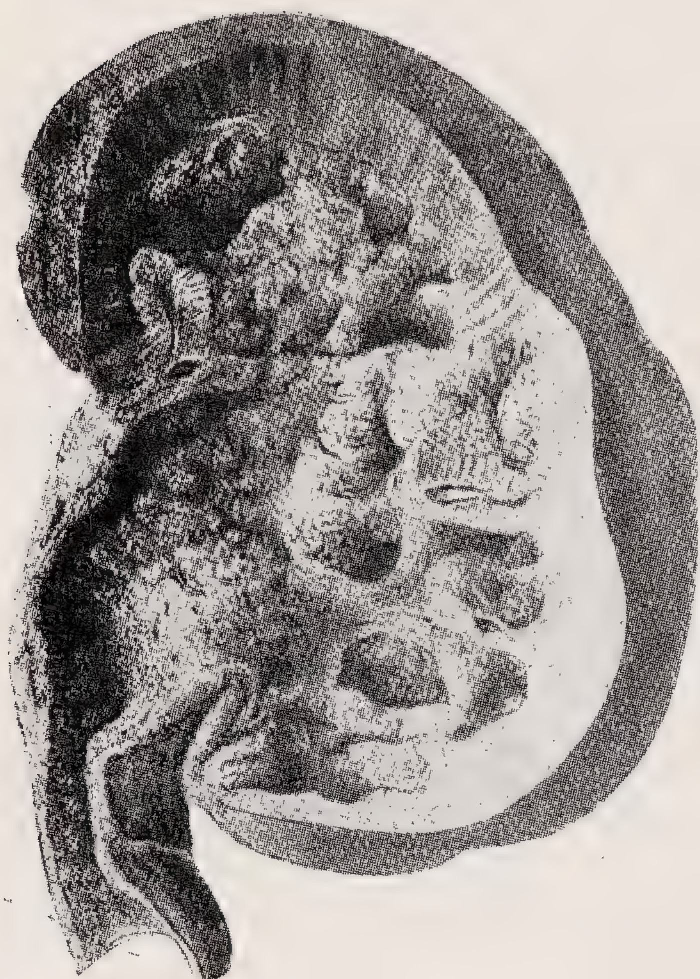


Fig. 446.—TUBERCULOUS KIDNEY, SHOWING THICKENING OF MUCOUS MEMBRANE OF PELVIS AND URETER

腎結核病顯示腎盂及輸尿管粘膜變厚

第四百四十七圖



Fig. 447.—CALCULOUS KIDNEY

腎石病

第四百四十八圖

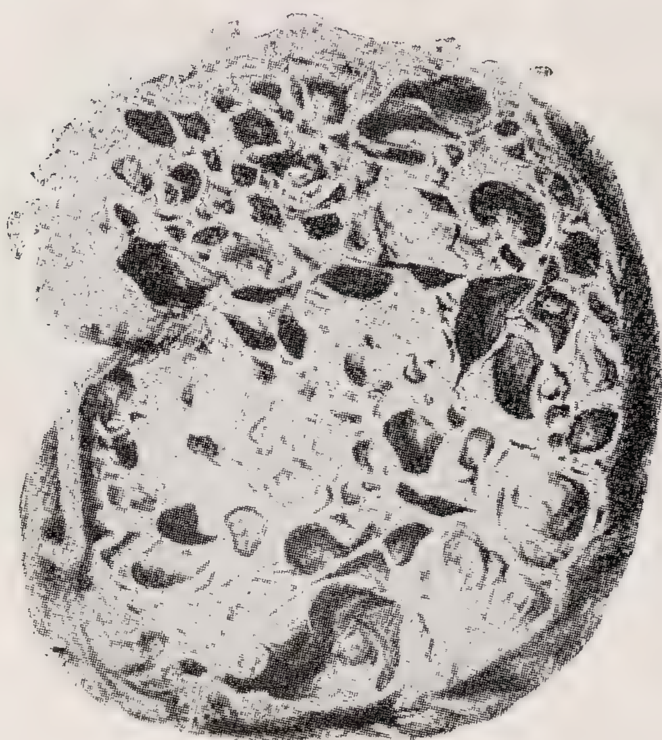


Fig. 448.—CYSTIC DISEASE OF KIDNEY

腎囊腫

第四百四十九圖



Fig. 449.—HYPERNEPHROMA

腎上腺瘤

第四百五十圖

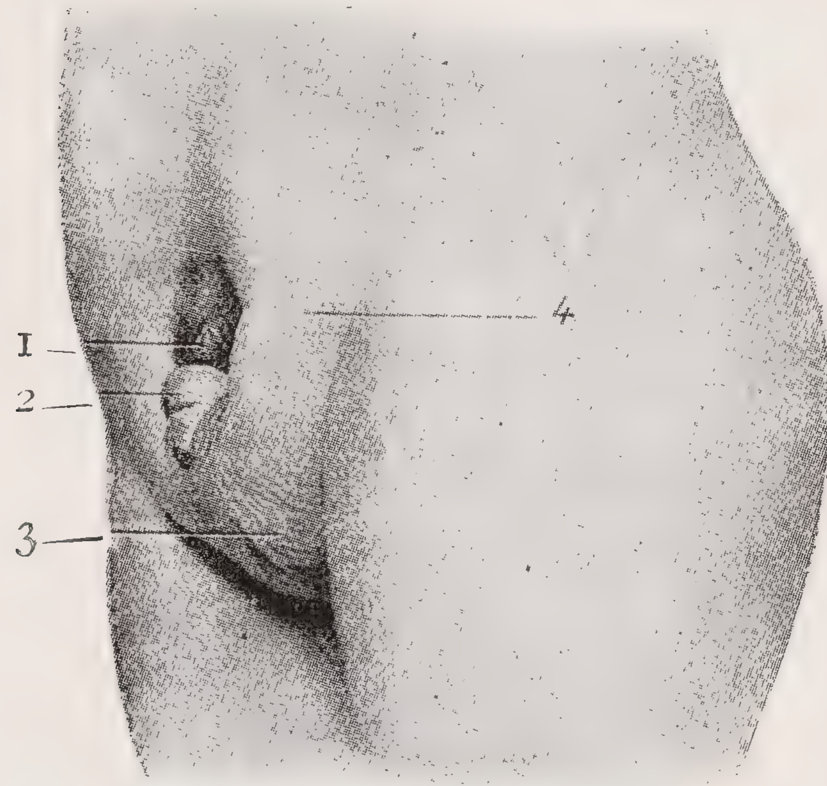


FIG. 450.—ECTOPIA VESICÆ

1, Exposed mucous membrane of posterior wall of bladder: 2, glans penis drawn up to cover over lower part of vesical mucosa and orifices of the ureters; 3, scrotum; 4, projection of pubic ramus

膀胱外翻

1 膀胱後壁粘膜顯露
2 陰莖遮於膀胱三角處等
陰囊　　4 恥骨枝

第四百五十二圖

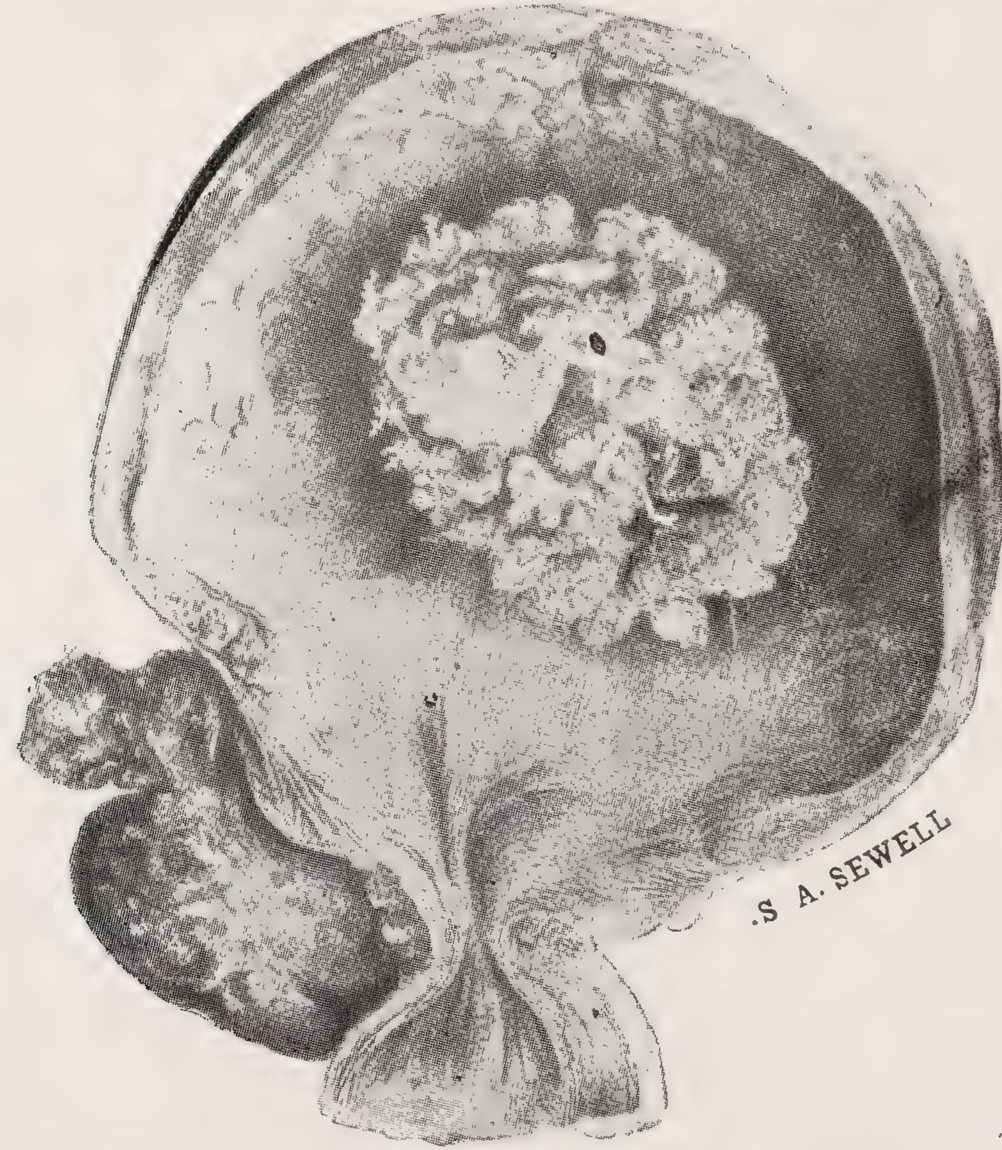


Fig. 452.—VILLOUS TUMOR OF THE BLADDER

膀胱乳頭狀瘤

第四百五十三圖



Fig. 453. — CANCER OF BLADDER

膀胱癌

第四百五十四圖



A B

Fig. 454.—URIC ACID CALCULUS A, EXTERNAL ASPECT: B, ON SECTION

尿酸石

A外面 B切面

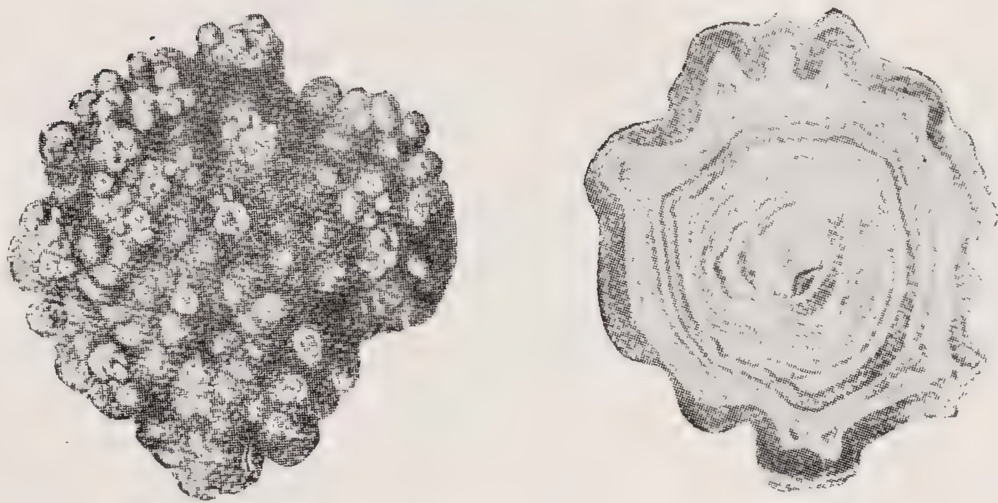


C

ENCYSTED VESICAL CALCULUS REMOVED BY SUPRAPUBIC LITHOTOMY

恥骨上截除之石大份居膀胱內小份居小囊內

第四百五十五圖



A B

Fig. 455. —CALCIUM OXALATE CALCULUS
A, EXTERNAL ASPECT : B, ON SECTION

草酸鈣石
A 外面 B 切面

第四百五十九圖



Fig. 459—ENLARGED PROSTATE WITH
A LARGE INTRAVESICAL PORTION

前列腺肥大膀胱內部分亦過大

第四百六十圖

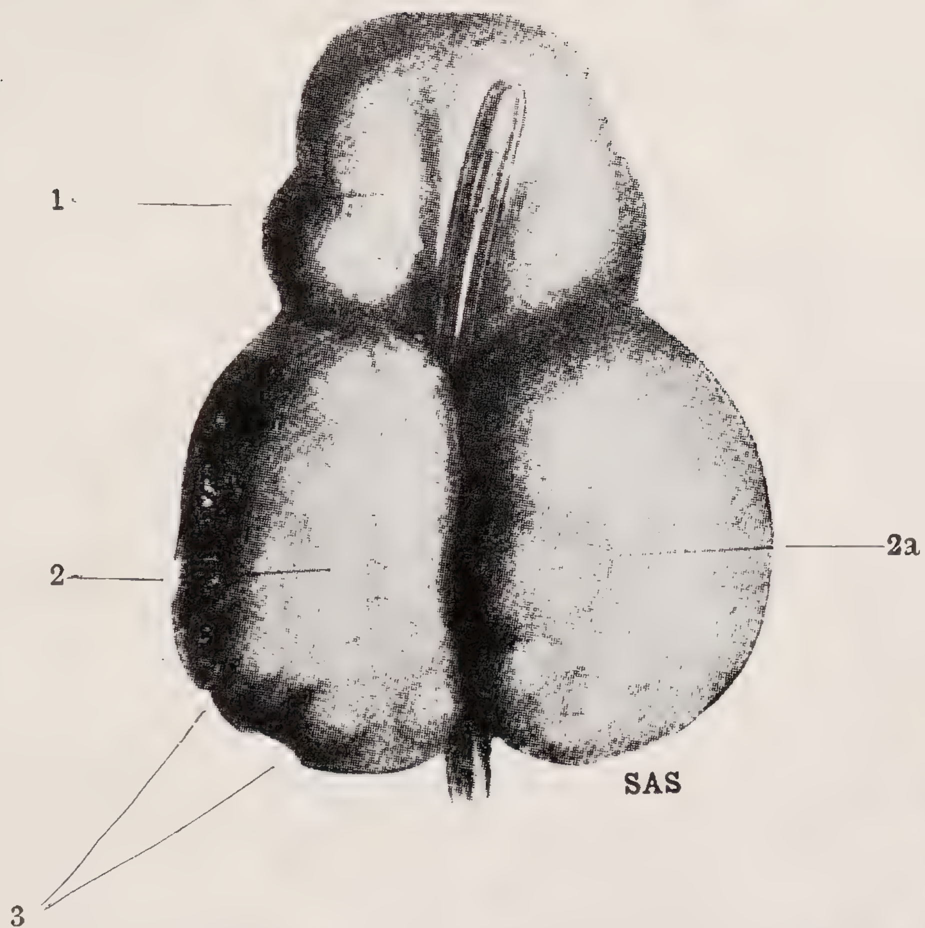


Fig. 460—ENLARGED PROSTATE AFTER REMOVAL BY SUPRAPUBIC OPERATION

The catheter indicates the position of the urethra: 1 The so-called middle lobe, or intravesical projection behind the internal meatus: 2 and 2a, the lateral lobes: 3, indicates the nodular adenomatous masses which constitute the bulk of the swelling.

肥大之前列腺已而恥骨上術截除之,曾以導尿管插入尿道.

1所云之中葉即尿道內口後之膀胱內分.
(2及2a)側葉.　　3腺腫瘤性結節.

第四百六十八圖



Fig. 468—EPITHELIOMA OF PENIS

陰莖鱗狀細胞癌

第四百七十圖



Fig. 470—TUBERCULOUS DISEASE OF TESTIS, MAINLY INVOLVING THE EPIDIDYMIS AND CORD

睪丸結核病
多累及副睪及精索

第四百七十二圖

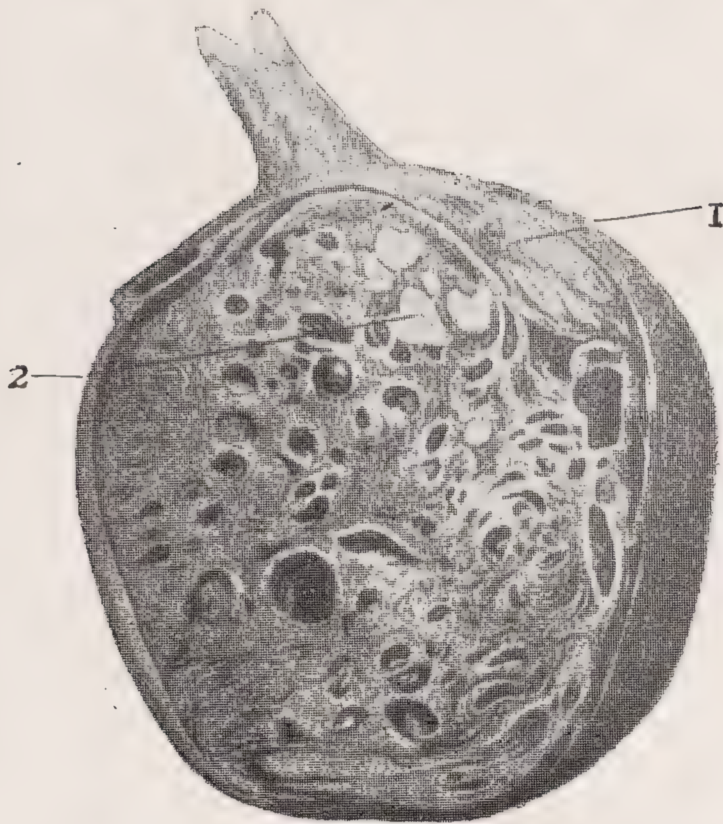


Fig. 472.—FIBRO-CYSTIC DISEASE OF THE TESTIS

1. Body of testis spread out over the growth
2. Nodules of cartilage contained in the growth

睾丸纖維囊腫

1 睾體張展於囊腫面

2 囊腫內所含之軟骨疣

第四百七十四圖



Fig. 474.—ENCYSTED HYDROCELE OF EPIDIDYMIS

副睾包繞性水囊腫

第四百七十六圖



Fig. 476.—LARGE VARICOCELE IN A PATIENT AGED 35 YEARS, WHO HAD USED NO SUPPORT FOR MANY YEARS

精索靜脈曲張

此為曲張團較大者患者年三十五久不兜托

第四百八十圖

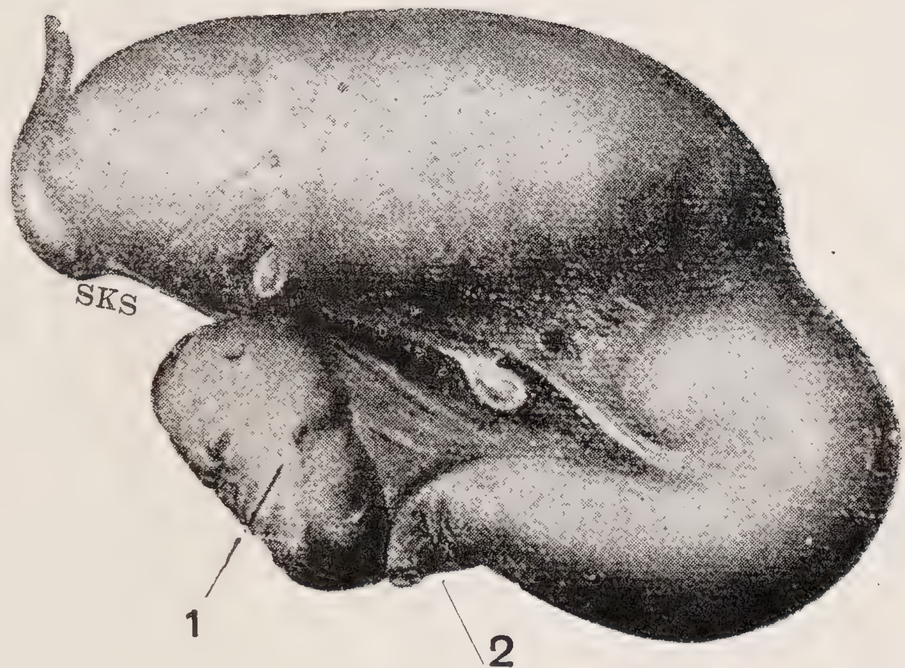


Fig. 480.—PYOSALPINX. SHOWING THE FALLOPIAN TUBE BENT OVER ON ITSELF

1, OVARY; 2, UTERINE END OF THE TUBE

輸卵管積膿致管彎曲

1 卵巢　　2 輸卵管之子宮端

第四百八十一圖

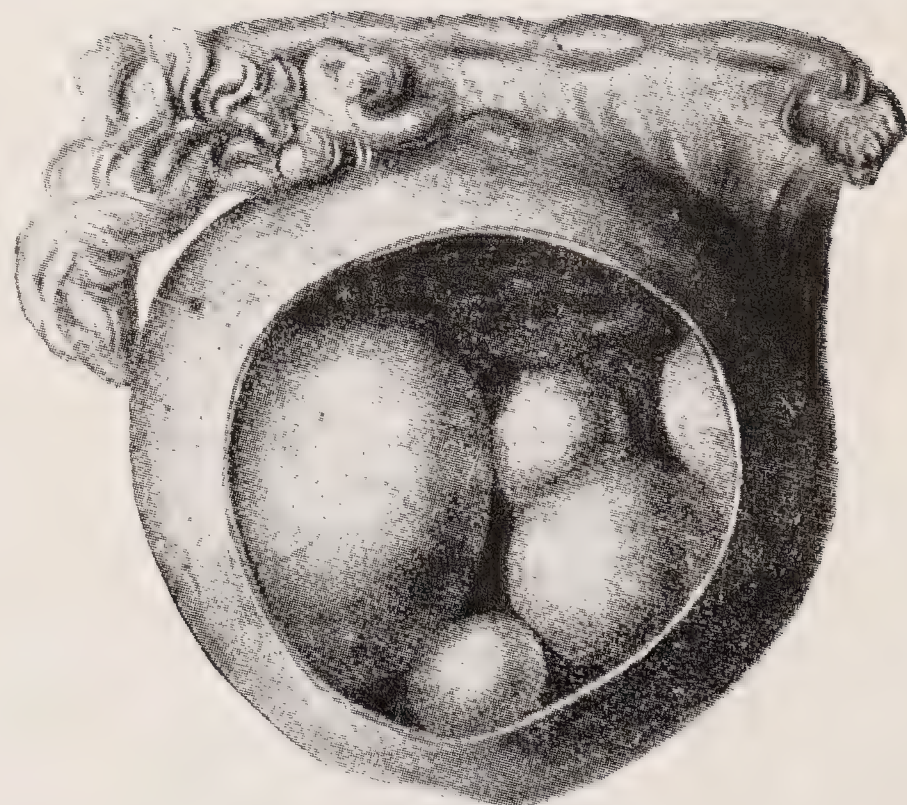


Fig. 481.—PROLIFERATING CYSTO-ADENOMA OF THE OVARY

The main cyst has been laid open, to show the smaller cysts which project into its cavity

增生性卵巢囊腫,剖開之可見腔含數小囊

第四百八十二圖



Fig. 482.—CYSTS OF OVARY. (PAROOPHORITIC) WITH PROLIFERATING PAPILLOMATOUS INTRA-CYSTIC GROWTHS

卵巢旁體囊腫　囊內有增生性乳頭狀組織